

Patiente 30 ans Grossesse en cours, 24 SA

Chirurgie de by pass gastrique trois ans auparavant

Consulte au SAU pour douleur abdominale aiguë d'apparition spontanée, vomissements Examen clinique : pas de défense / contracture Biologie normale

Complément d'imagerie par TDM abdominale avec injection de produit de contraste d'emblée , après discussion pluridisciplinaire du rapport bénéfice-risque



Quels sont les principaux items sémiologiques à retenir sur ces 2 images scanographiques ?



Aymeric Rausch INH

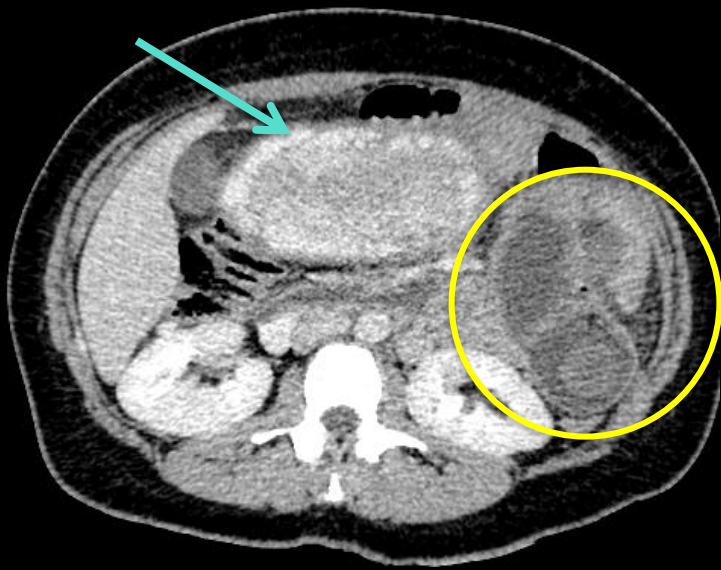
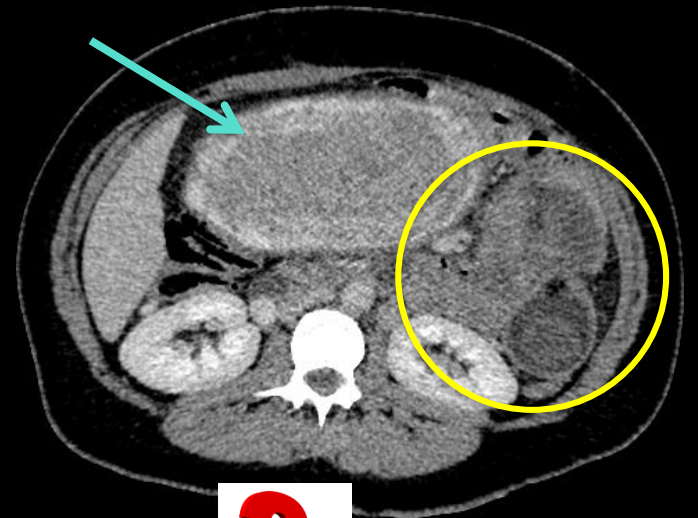


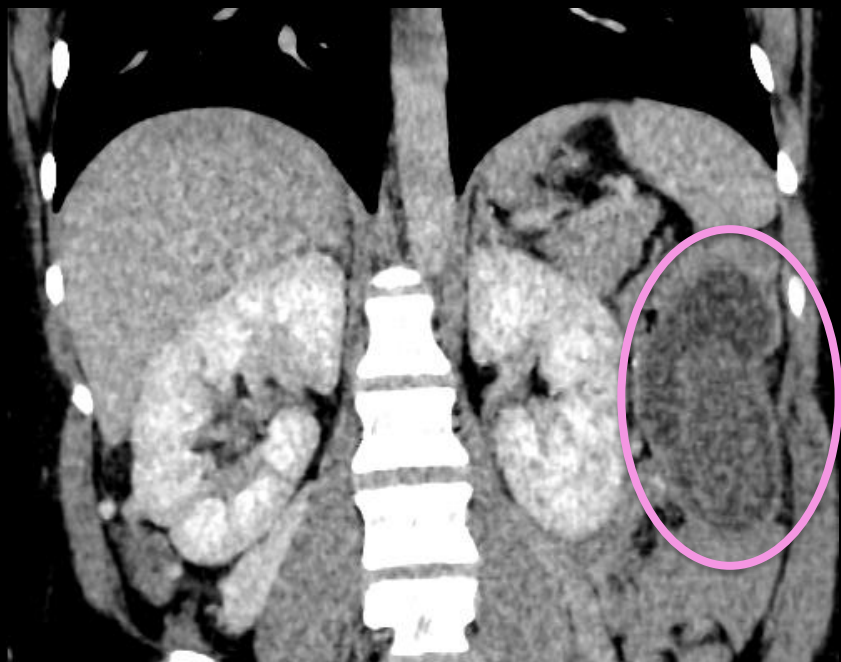
Image en cible caractéristique : target sign

Notez le fond utérin sur ces coupes axiales



Quels sont les principaux items sémiologiques à retenir

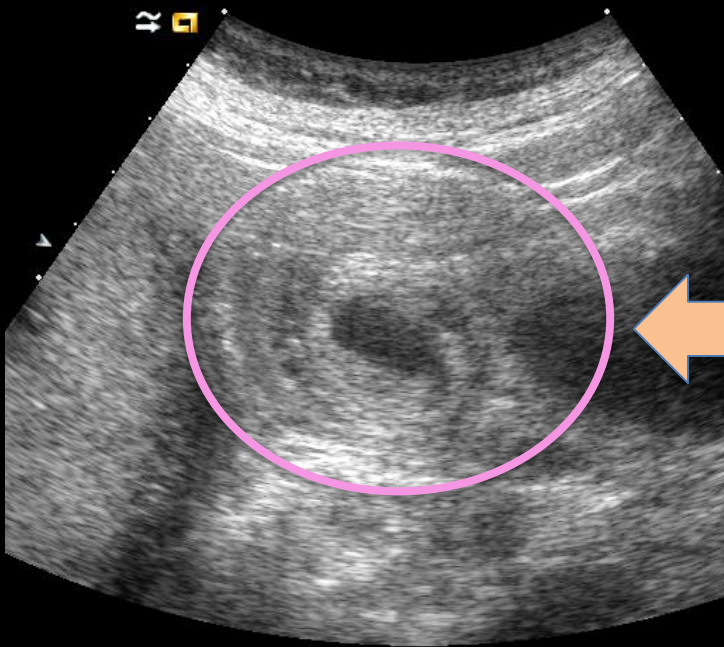




Aspect en sandwich
sur les
reconstructions
frontales



- Suspicion diagnostique d'invagination intestinale aiguë compliquant à long terme un by pass gastrique, dans un contexte de grossesse évolutive.
- Hospitalisation pour surveillance
- Echographie de surveillance le deuxième jour



Persistance du boudin
d'invagination intestinale aiguë

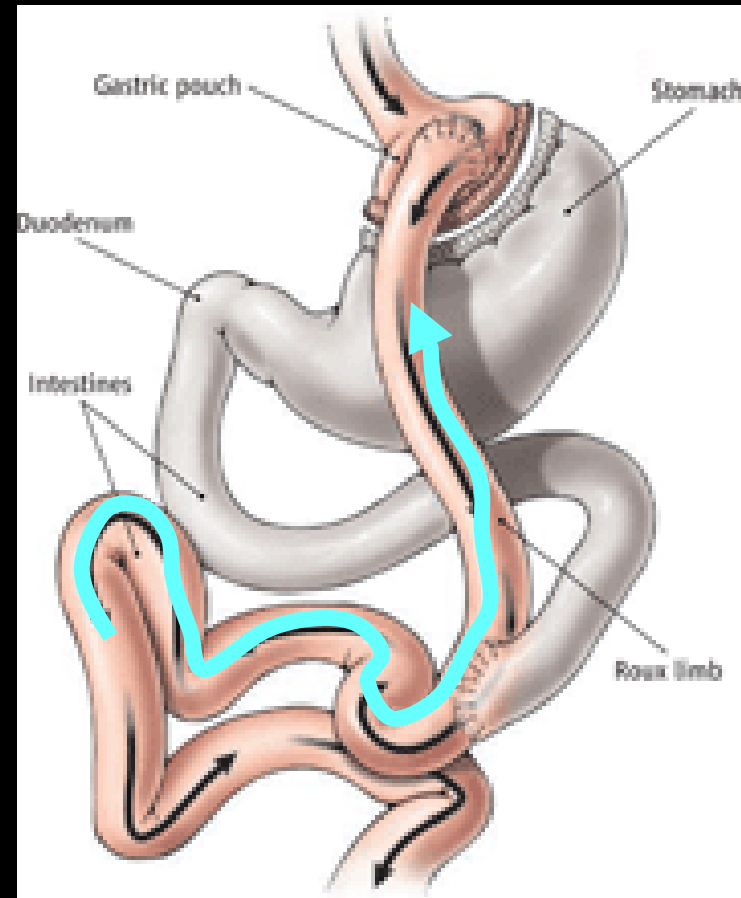
Evolution

- Tocolyse pré-opératoire avec corticothérapie de maturation fœtale
- Exploration laparoscopique initiale : **conversion en laparotomie** devant péritonite débutante

Confirmation du diagnostic d'**invagination**

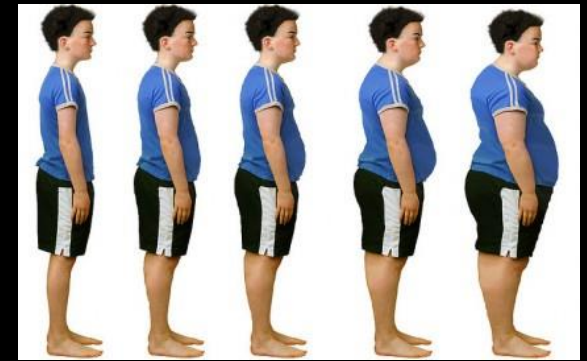
intestinale rétrograde aiguë de l'anse commune dans l'anse alimentaire, avec perforation et péritonite débutante

- Traitement par **résection chirurgicale** partielle grêlique avec reconstruction de l'anastomose.
- Antibiothérapie post-opératoire adaptée (prélèvements per-opératoires + à Proteus, Klebsiella et E.Coli BLSE)

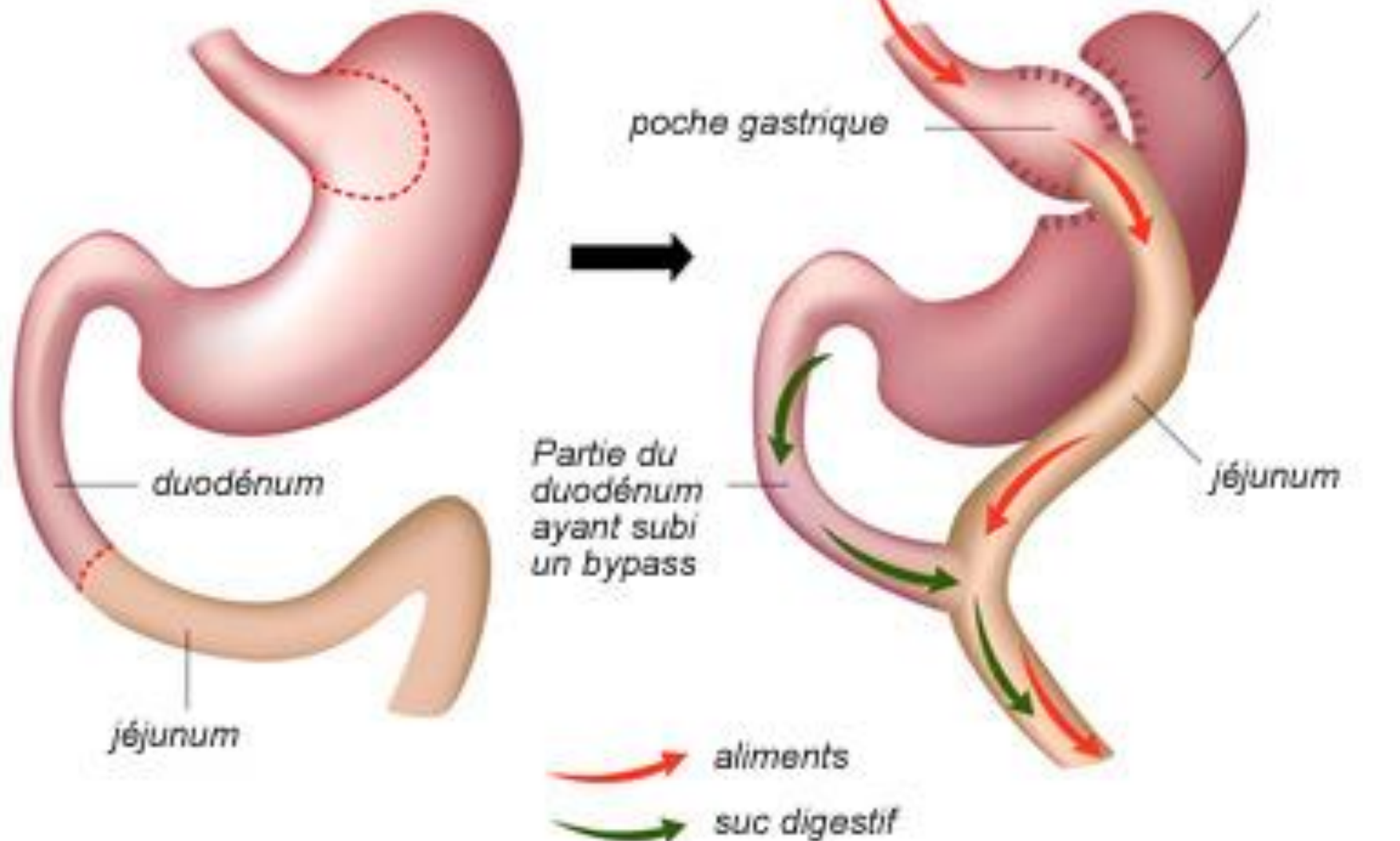


chirurgie bariatrique par by-pass : caractères généraux

- **Prévalence de l'obésité** +++ (25-30% population aux USA, 8-23% en Europe)
- Seul traitement à long terme de l'obésité morbide et de l'obésité avec complications = chirurgie bariatrique ?
- > 300000 procédures annuelles
- **By-pass gastrique = gold standard**
- Complications du by-pass non rares : 3-20% de réopération, occlusions intestinales, douleurs abdominales récurrentes non rares (hernies internes, adhésions...)
- Invagination intestinale = **complication rare** après by-pass gastrique



Bypass, procédure Roux-En-Y (RNY)



Prévalence des occlusions par invagination intestinale sur by-pass

- Complications à long-terme **rare**
- Entre **0,07 et 0,6 %**
- 0,15% (23 cas sur 16000 patients)
- **intussusception rétrograde** plus fréquente que antérograde, peut intéresser toutes les anses
- Facteurs de risque ? 98% femmes, perte de poids importante ?
(mésentère allongé, moindre R à l'IIA)



Simper SC, Erzinger JM, McKinlay RD, et al. Retrograde (reverse) jejunal intussusception might not be such a rare problem: a single group's experience of 23 cases. Surg Obes Relat Dis. 2008;4:77-83.

"Epidémiologie" des invaginations post by-pass

- Âge moyen 35 ans (20-60 ans)
- IMC moyen 25,5 (19-30 kg/m²)
- Perte de poids moyenne 64,1 kgs (22,4-121 kg)
- Excès de poids moyen perdu : 99,8% (69,3-109,3 kg)
- Intervalle d'apparition : 3,6 ans en moyenne (5 mois - 24 ans)
- 32,2 % par voie laparoscopique, 67,8% par laparotomie
- Seulement deux cas dans la littérature chez une femme enceinte !!



Bokslag, A., Jebbink, J., De Wit, L., Oudijk, M., Ribbert, L., Tahri, S., & van Pampus, M. (2014). Intussusception during pregnancy after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *BMJ Case Rep*, 2014. doi: 10.1136/bcr-2014-205357

tableau clinique des invaginations post by-pass

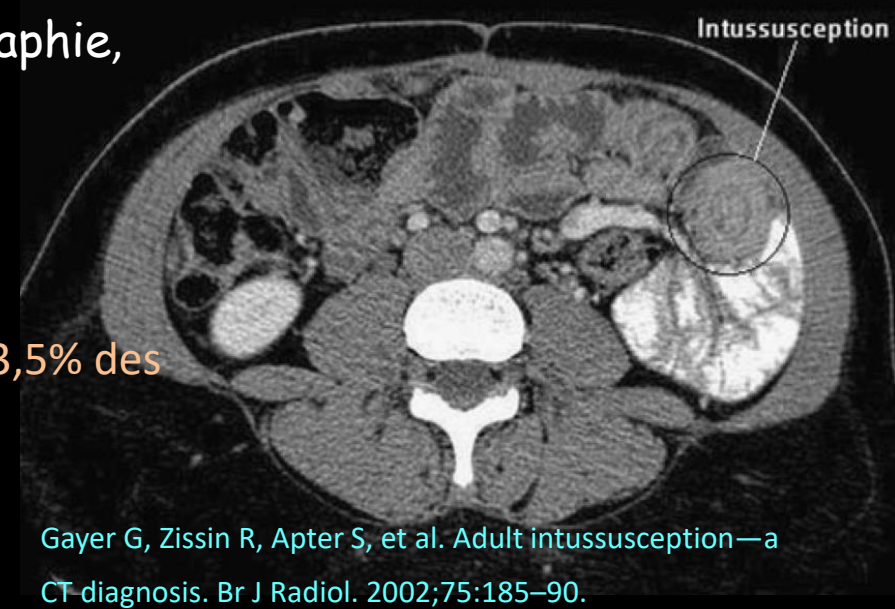
- Anamnèse, non spécifique :
- Signe clinique commun : douleur abdominale aiguë, parfois douleurs abdominales récurrentes avant
- Nausée / vomissements : 73%,
Hématémèse : 4,6 %
- Délai de consultation aux urgences : de quelques heures à 2 mois, souvent moins de 5 jours



- Examen clinique :
- souvent peu spécifique, non contributif
- Abdomen tendu sans signes d'irritation péritonéale souvent
- Parfois masse tendue 9,7%
- Pas de fièvre
- Résultats biologiques rarement rapportés, peu spécifiques

imagerie des invaginations post by-pass

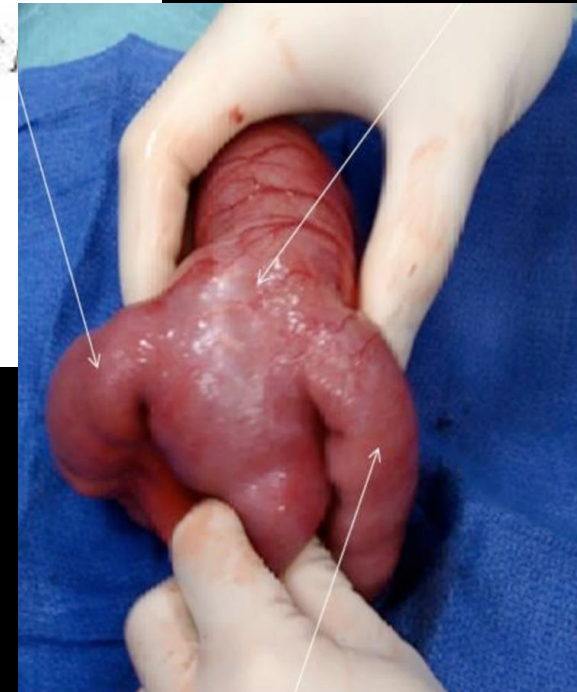
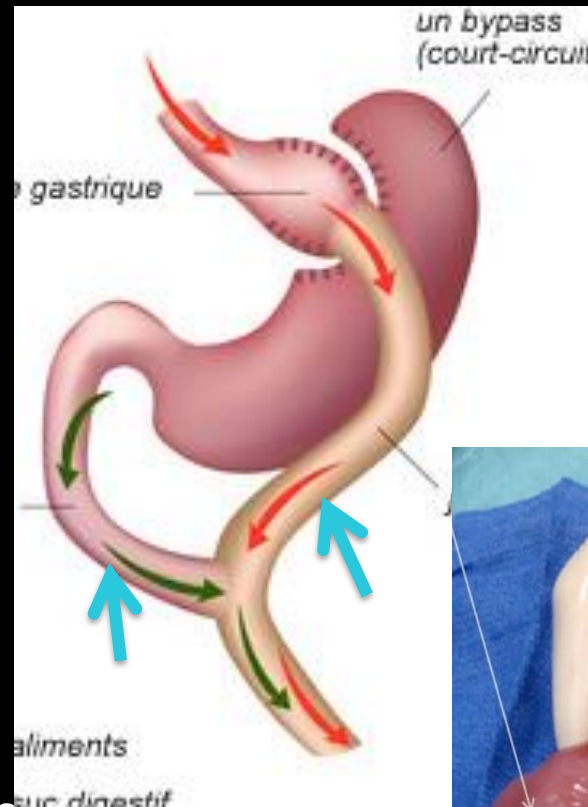
- Nombreuses techniques utilisées : ASP, échographie, TOGD, CT...
- TDM = imagerie de référence
- Signes suggérant obstruction intestinale dans 93,5% des cas : anses dilatées ou NHA
- TDM : environ 50 % des patients
 - **Target sign 81,8%**
 - distension du duodénum et de l'estomac
 - si anse biliopancréatique incriminée
 - peut être normal entre les périodes douloureuses
- très rarement imagerie normale avec diagnostic opératoire

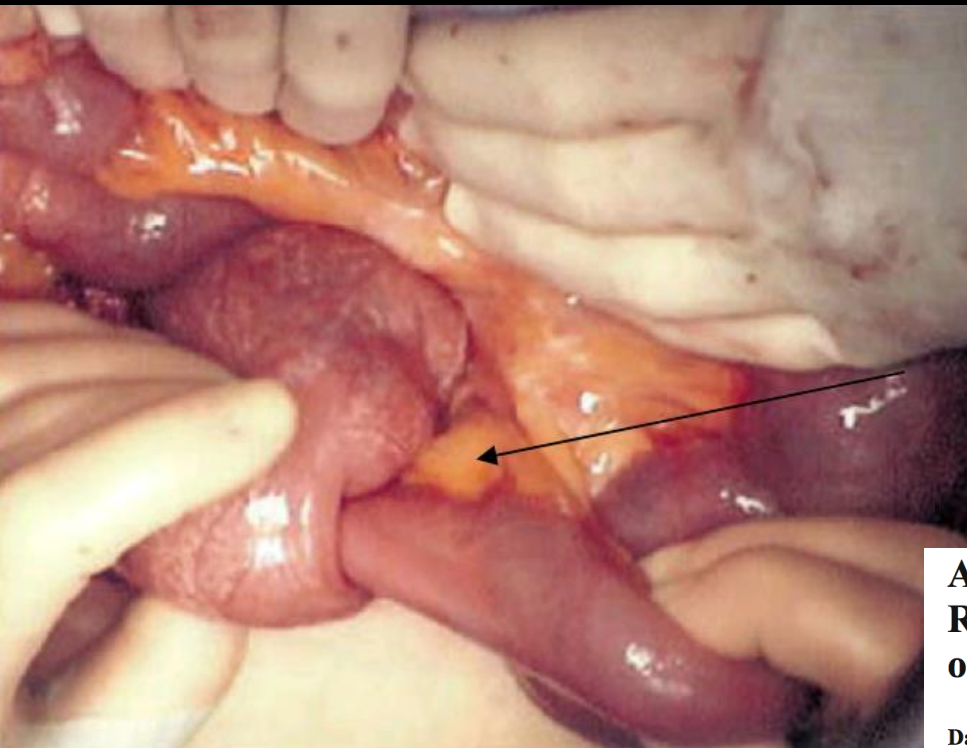
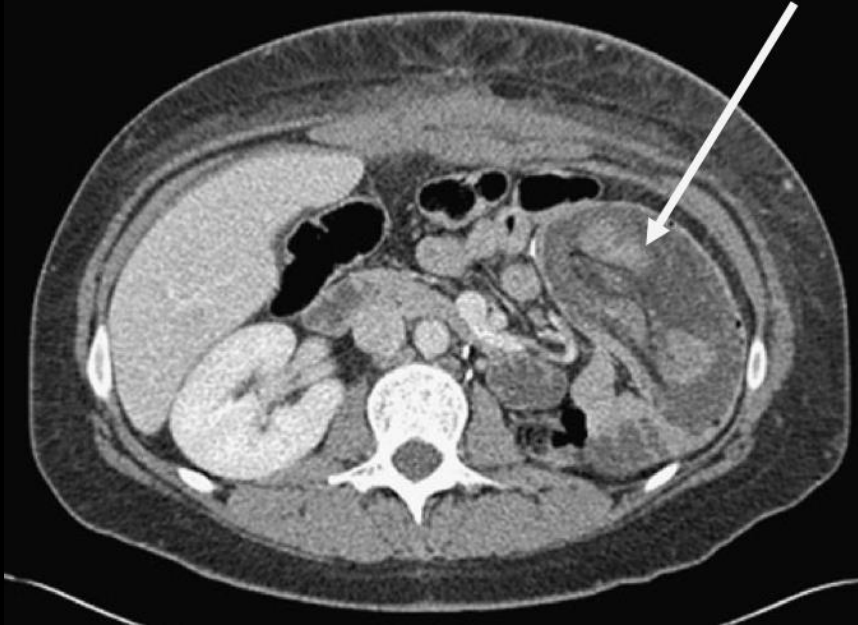


Plusieurs types d'invagination constatés

Types d'invagination

- invagination rétrograde (70%) de l'anse commune dans l'anse bilio-pancréatique ou dans l'anse alimentaire
- invagination antérograde (13%)
- IIA en distalité de la jéjunostomie
- Type pas toujours décrit



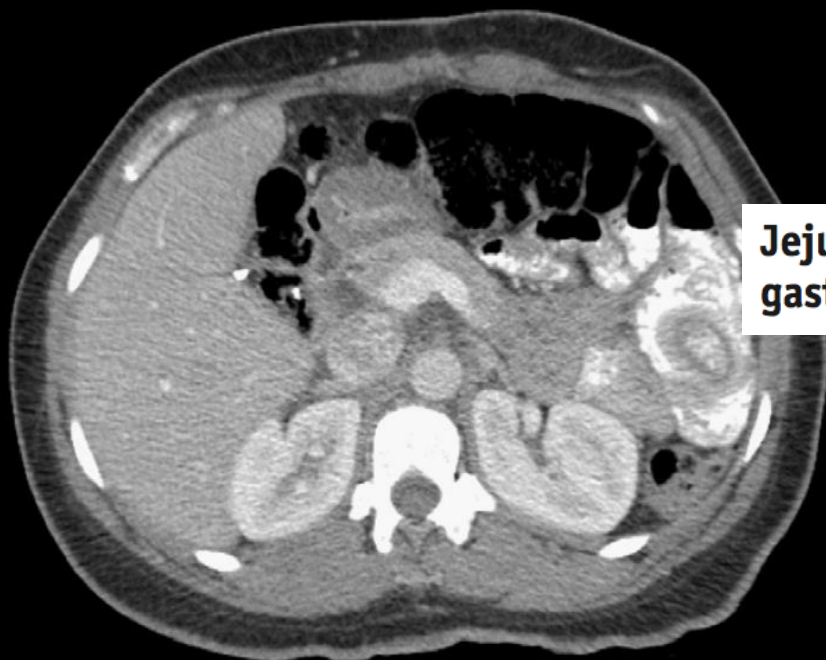


Anterograde Intussusception Following Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: A Case Report and Review of the Literature

Darcy Shaw • Stephen Huddleston • Gregory Beilman



John Ashurst DO
 Bryan Kane MD
*Lehigh Valley Health Network
 Department of Emergency Medicine
 Bethlehem, PA*



Jejunojejunal intussusception after Roux-en-Y gastric bypass

American Journal of Emergency Medicine (2013) 31, 452.e3–452.e5

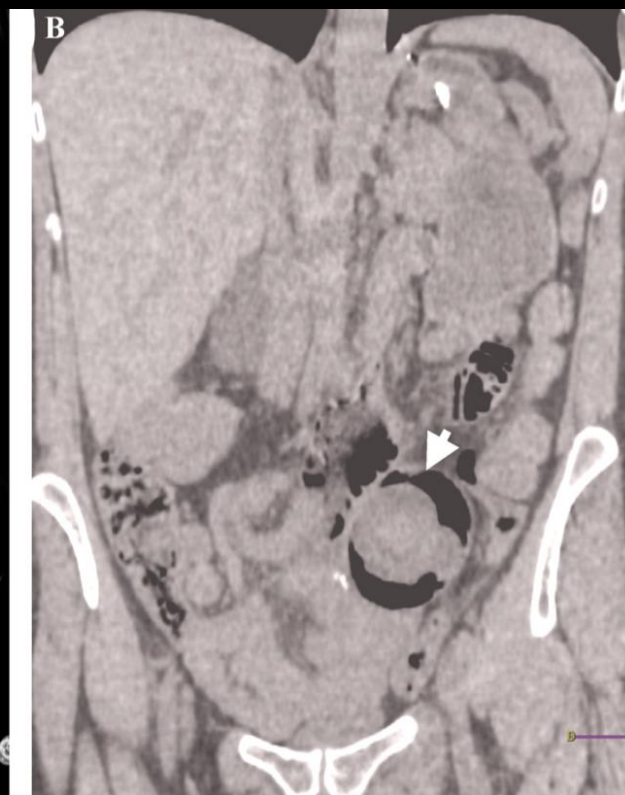
Traitement des invaginations post by-pass gastriques

- Traitement : **chirurgie ++ fortement recommandée**
- Rarement chirurgie retardée quelques jours par amendement des symptômes
- Chirurgie **laparoscopique ou laparotomie** : expérience du chirurgien
- +/- résection chirurgicale (61%) avec anastomose termino-terminale, +/- reconstruction de la jéjuno-jéjunostomie.
- Réduction simple (32%) : risque de récurrence ?
- Un cas de traitement conservateur : douleurs abdominales récurrentes

Récidive ?

après resection , 7,7%
entre 1 et 7 mois

31,5% des patients avec
réduction simple entre 2
semaines et 3 ans après.
- (38,5 versus 7,7 %, $p=0,04$)



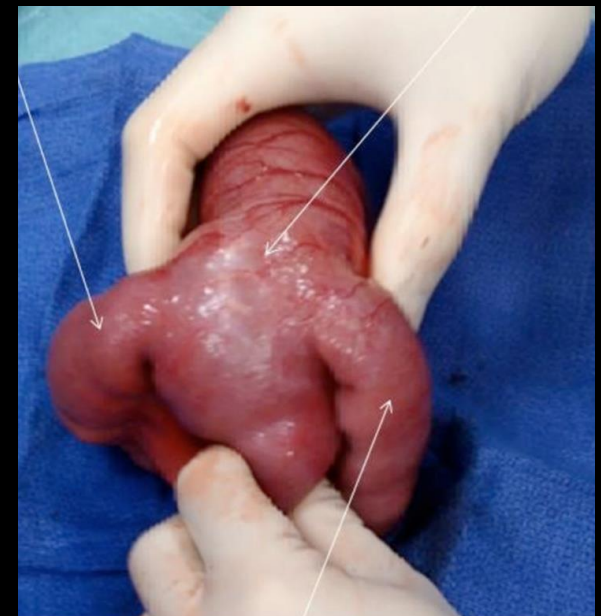
Retrograde jejuno-jejunal intussusception 7 years after a Roux-en-Y gastric bypass

L. Genser^a, F. Pattou^{a,b,c}, R. Caiazzo^{a,b,c,*}

Journal of Visceral Surgery (2015)

Anse
alimentaire

Boudin d'IIA:
anse commune



Anse bilio-
pancréatique

Take Home Messages

- Complication rare du By pass gastrique à long-terme : **y penser ++**
- Signes **cliniques peu spécifiques** : douleur abdominale aiguë ++
- **Délai d'apparition variable** souvent 2 à 3 ans après la chirurgie
- Imagerie : TDM +++, **target sign**; invagination rétrograde de l'anse commune dans l'anse alimentaire ou dans l'anse bilio-pancréatique
- Traitement : **chirurgie** +/- résection (à privilégier ?)

