

jeune femme 32 ans . antécédent de **gastrectomie totale** pour adénocarcinome gastrique dans un contexte de **syndrome de Lynch (HNPCC hereditary non polyposis colorectal cancer)**; syndrome de prédisposition aux cancers digestifs)

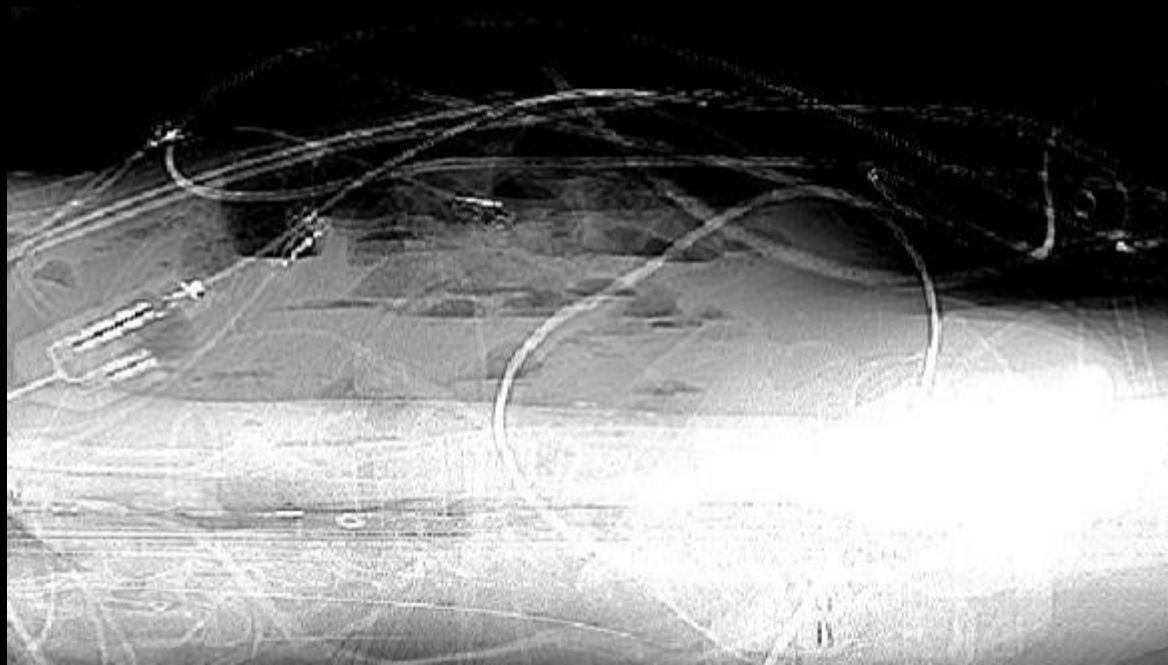
Syndrome douloureux aigu abdominal de survenue brutale avec hématomé. Evolution rapide vers un choc hémodynamique avec hyperlactatémie. La fibroscopie gastroduodénale ne retrouve pas de lésion hémorragique; La patiente est enceinte (19 semaines d'aménorrhée). L'indication du scanner est portée après évaluation du rapport bénéfice/ risque pour la patiente et le fœtus

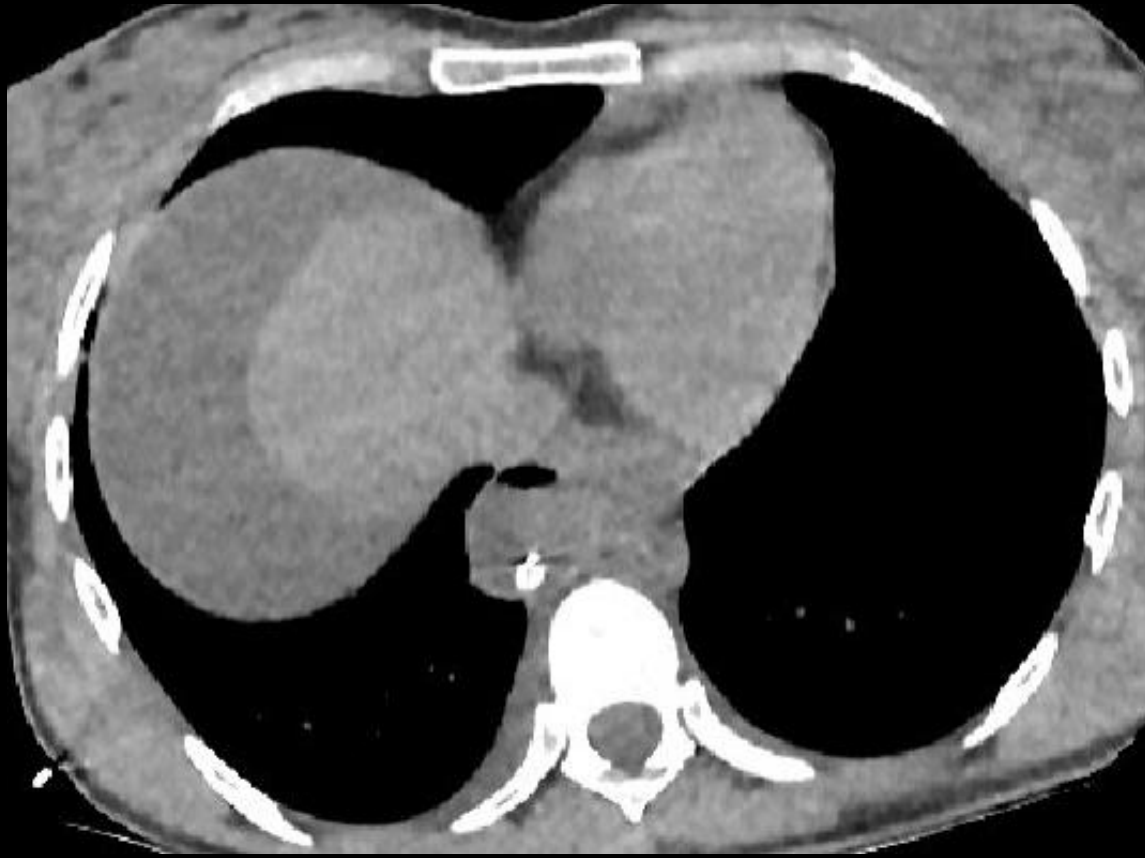
Quelles informations précieuses peut-on retenir à la lecture de la "scout view"





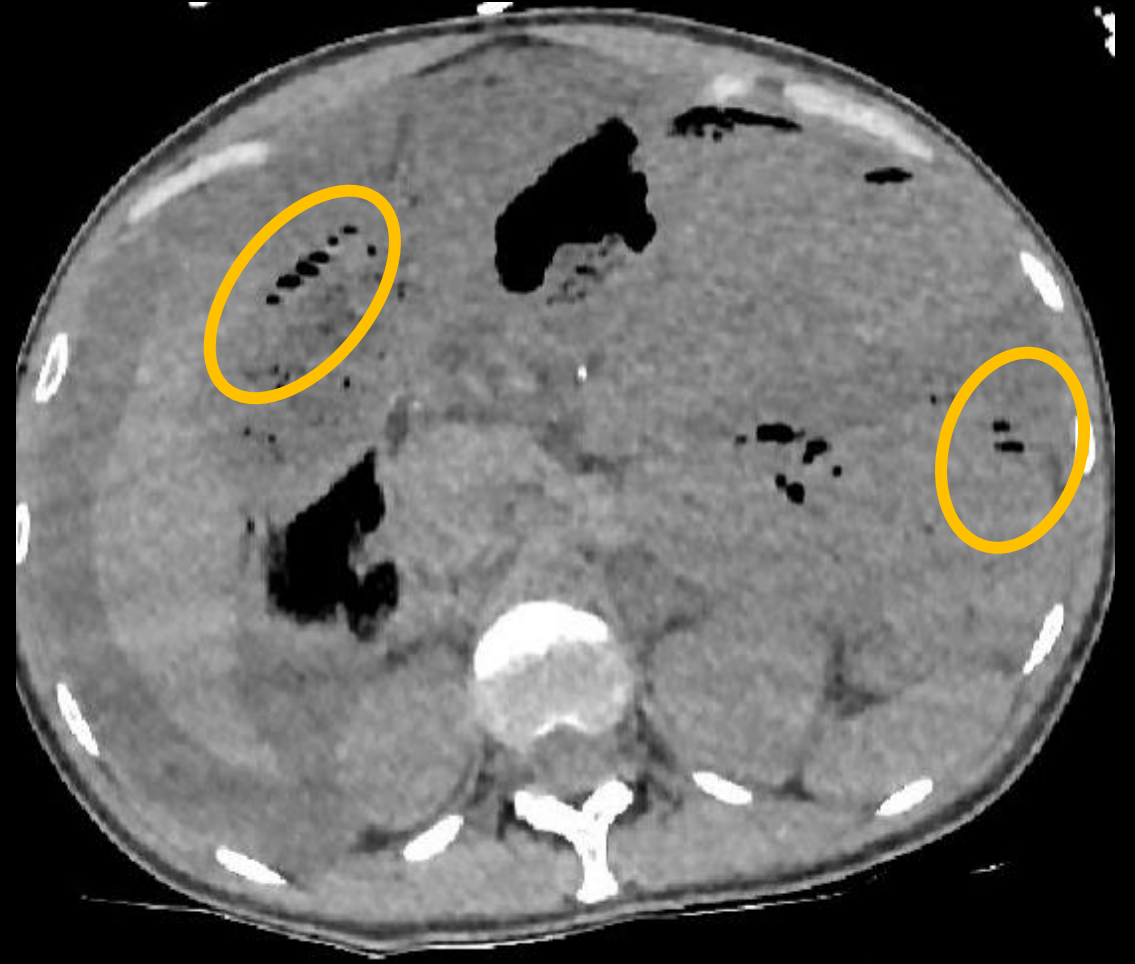
dilatation nette des anses iléales (sans valvules conniventes visibles) en décubitus avec abondant épanchement liquide péritonéal et images hydrogazeuses plus larges que hautes (sur la scout view de profil) donc distension essentiellement liquidienne





distension marquée de l'œsophage malgré l'aspiration

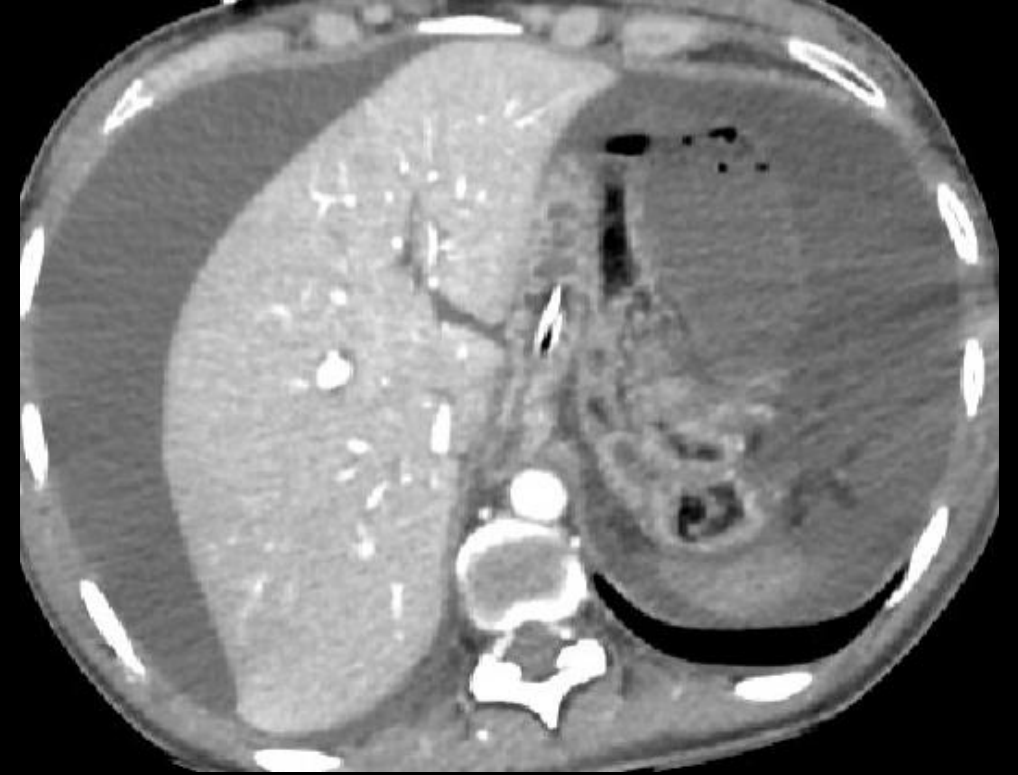
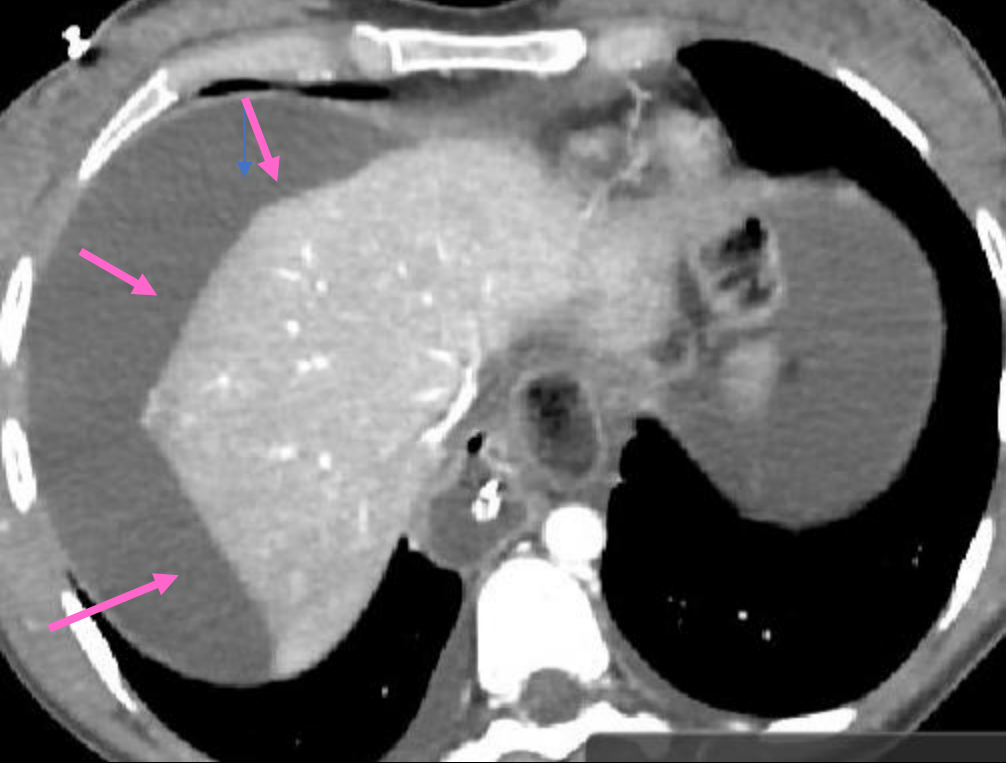
collection liquide péri hépatique de densité élevée



distension liquide massive des anses jéjunales avec
signe du collier de perles petites bulles gazeuses
 bloquées contre les valvules conniventes des anses
 jéjunales, signant une occlusion mécanique de haut
 grade



anastomose jéjuno-
jéjunale " au pied de
l'anse"



effet de masse (concavité externe arciforme) de la collection liquide péri-hépatique dont la densité du contenu est plus élevée que celle du contenu liquide des anses distendues.

Il n'y a ni pneumopéritoine, ni masse liquide péritonéale péri viscérale de l'hypochondre gauche

on doit donc conclure à une collection fermée à type d'abcès sous phrénique, de topographie inter hépato-diaphragmatique



anses jéjunales hautes en distension liquidienne massive ;
images gazeuses "en collier de perles"(ne pas confondre avec pneumatose pariétale)
paroi des anses distendues non rehaussées ++++; strangulation artérielle

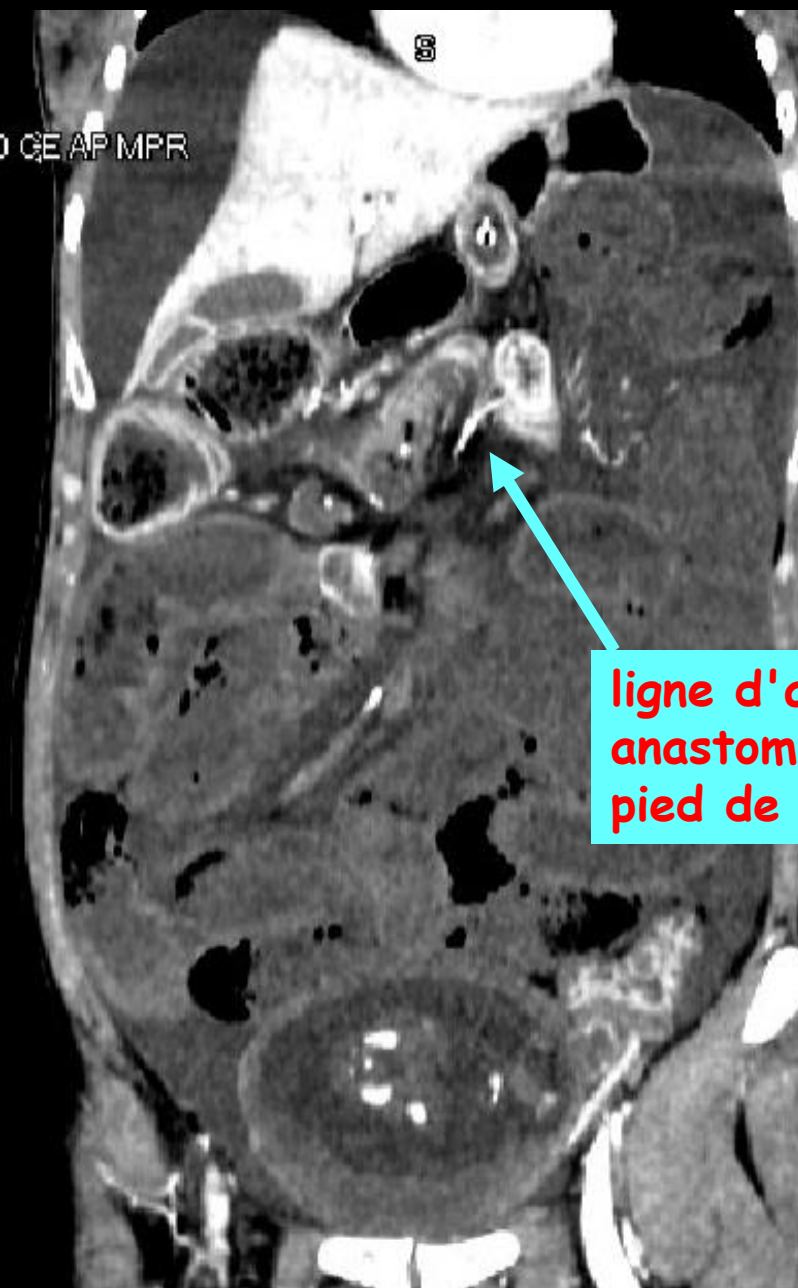
collection sous-phrénique,
inter hépato-diaphragmatique
droite

deux premières anses jéjunales
normalement rehaussées servant
de référence ; tout le reste du
grêle est en ischémie aigüe

la confrontation scout-view-
reformation coronale est
toujours utile

les images volumiques en MIP
fournissent la cartographie
vasculaire précise

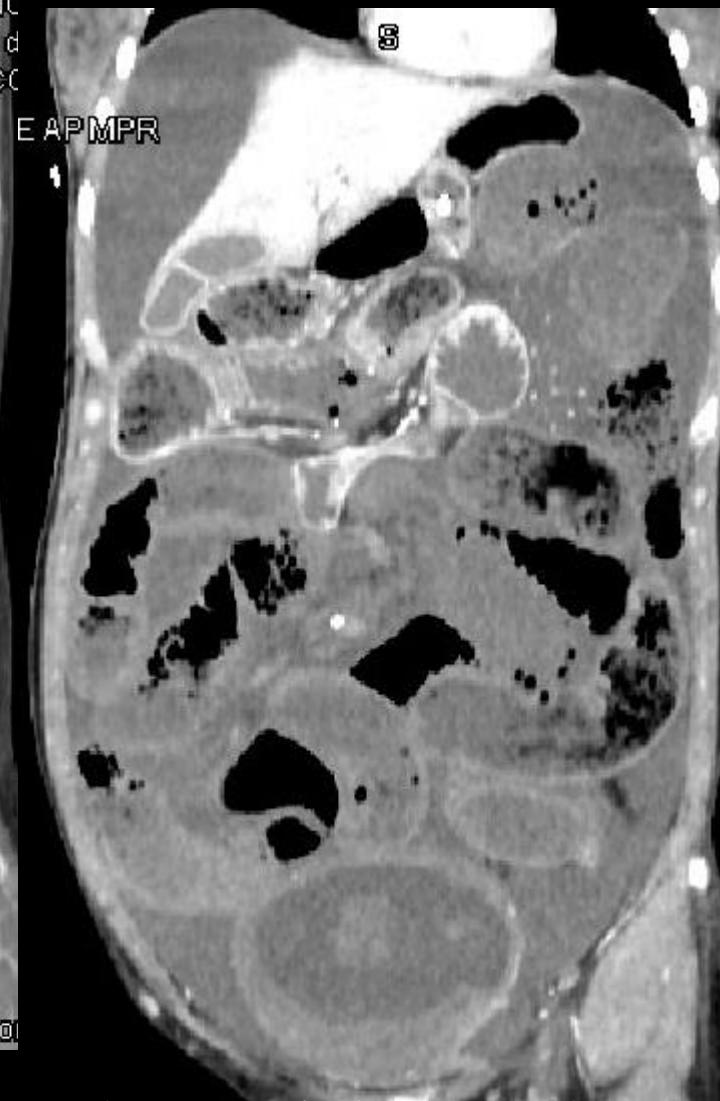




2.000 CEAPMPR







l'intervention confirme la hernie interne à proximité de l'anastomose "au pied de l'anse";
après réduction et réchauffement du grêle la résection a pu être évitée malgré l'aspect
inquiétant initial



La gastrectomie totale et ses complications

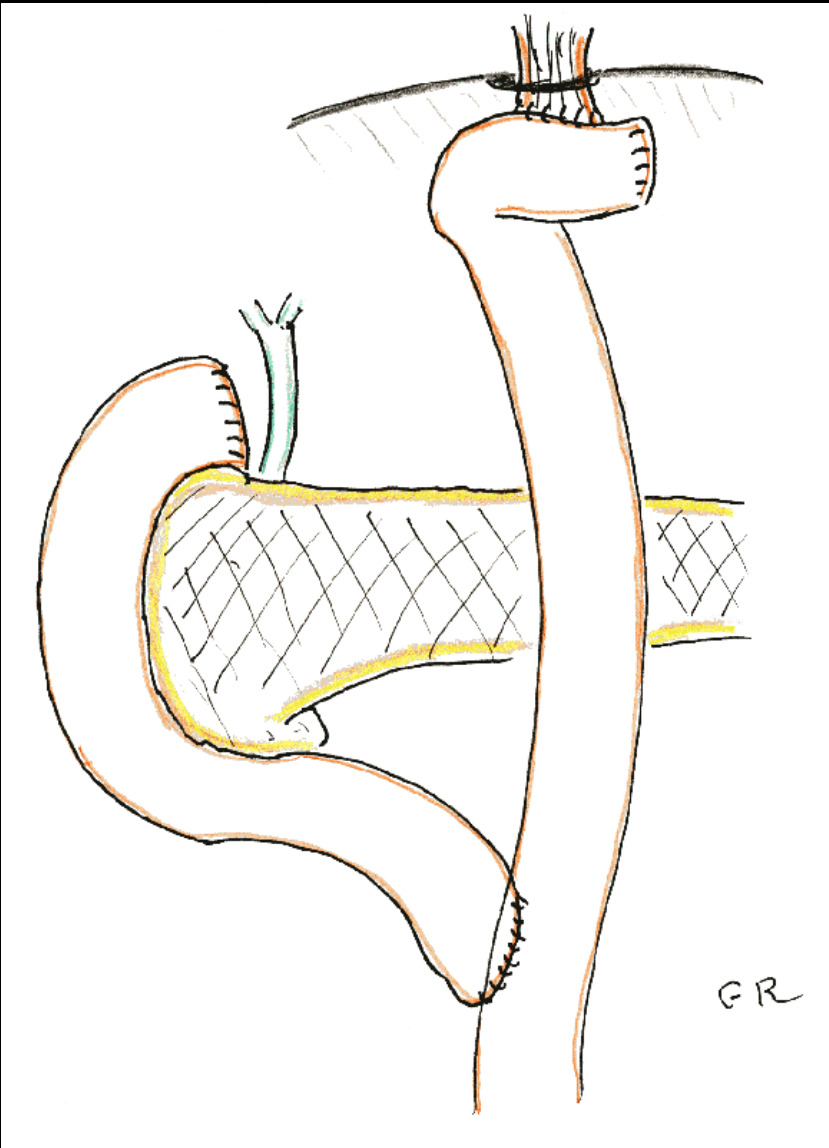
http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2011_Medecine_LeBayonAnneGwen/web/html/index59d3.html?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=11

La gastrectomie totale est utilisée dans le traitement des cancers gastriques (adénocarcinomes)

Le geste de gastrectomie totale doit être carcinologiquement "valable", c'est-à-dire **assurer une résection complète de la lésion**.

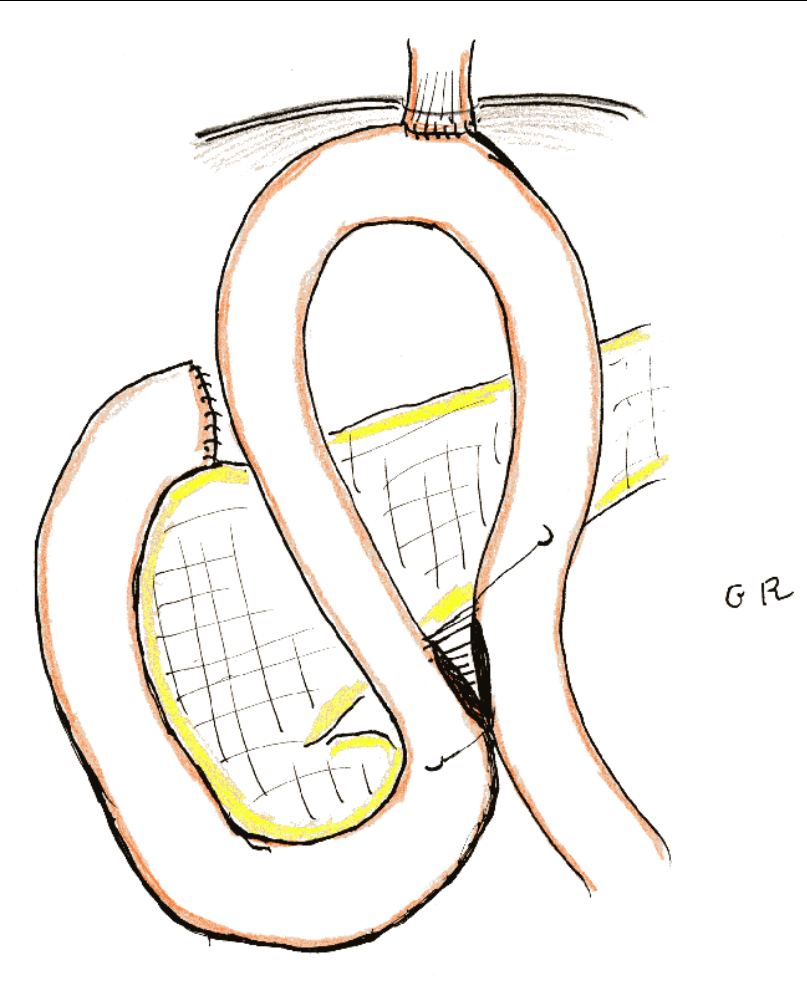
Outre le rétablissement de la continuité digestive, il doit offrir au patient un **inconfort minimal** après la chirurgie.

2 techniques chirurgicales représentent la majeure partie des gestes réalisés



Anse montée en "Y"

reste la technique la plus utilisée. Elle nécessite une section d'une anse jéjunale proximale qui est ascensionnée à l'étage sus-mésocolique avec son pédicule vasculaire. Après gastrectomie totale et section du duodénum, l'extrémité proximale de cette anse montée est anastomosée avec le moignon œsophagien. Cette anastomose œso-jéjunale est mécanique ou manuelle, termino-latérale ou termino-terminale. L'anse doit être longue (60 cm) pour éviter tout risque de reflux. Elle est passée en transmésocolique ou pré mésocolique. Elle doit être choisie le plus près possible de l'angle de Treitz. La seconde anastomose est l'anastomose "au pied de l'anse", jéuno-jéjunale ; Elle peut être mécanique ou manuelle, le plus souvent termino-latérale. Enfin, la brèche mésocolique est fermée pour prévenir une éventuelle hernie interne



Anse en Oméga

consiste à monter au niveau de l'œsophage une anse jéjunale suffisamment longue, d'en anastomoser la convexité avec l'œsophage (anastomose termino-latérale) et d'exécuter une **anastomose latéro-latérale au pied de l'anse**. Elle nécessite obligatoirement une longueur suffisante de grêle ascensionné. Il n'y a pas de section duodénale. **La boucle monte en transmésocolique**. L'anastomose œso-jéjunale est réalisée manuellement ou à la pince, le plus souvent termino-latérale. L'anastomose jéjuno-jéjunale est antéro-latérale à l'étage sous mésentérique, manuelle ou mécanique

.Complications des gastrectomies totales

Elles touchent 10 à 30% des patients et sont dominées par les hémorragies, les fistules et abcès.

Hémorragies intra péritonéales

Ces hémorragies peuvent être visibles au regard du site opératoire ou dans différents compartiments intra péritonéaux. Elles sont souvent secondaires à un simple lâchage tardif d'une suture vasculaire, d'une blessure splénique, ou d'une pancréatite hémorragique (7).

Elles peuvent être précoces ou tardifs (quelques jours) dus à la chute d'escarres (entre 7 et 10 jours postopératoires)

Complications des gastrectomies totales

Fistule anastomotique

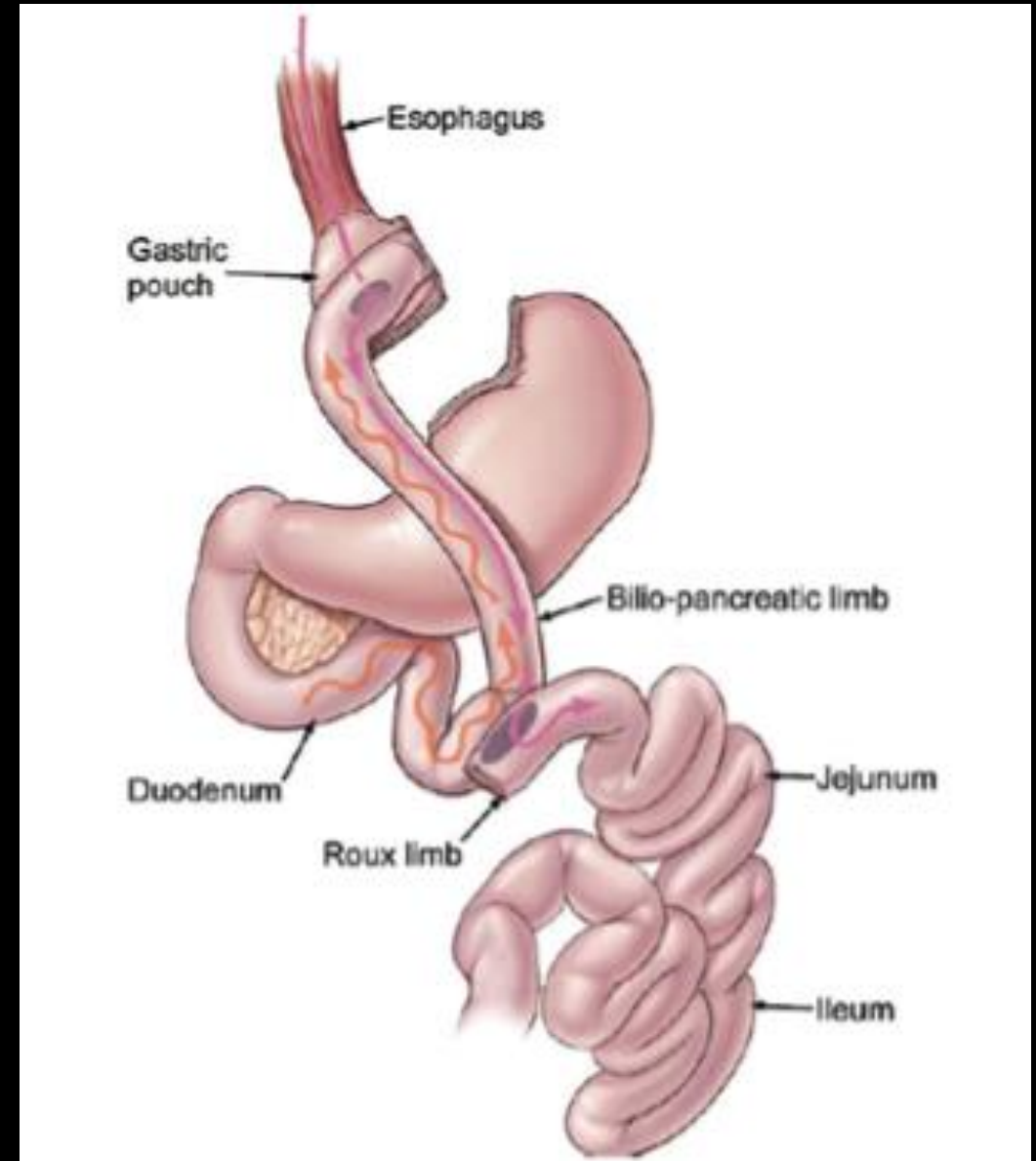
- Par ordre de fréquence décroissante, les fistules anastomotiques surviennent sur l'anastomose œso-jéjunale puis l'anastomose jéjuno-jéjunale puis la tranche de section duodénale.
- **La fistule anastomotique de l'anastomose œso-jéjunale est la complication aigüe la plus fréquente (11-12%)** Le scanner, en mettant en évidence un pneumopéritoine en quantité anormale, une fuite extra digestive de produit de contraste permet de poser le diagnostic. La présence d'une collection hydro aérique sera suspecte d'abcès au contact de l'anastomose ou d'une péritonite. - Ces fistules anastomotiques peuvent réaliser par la suite un trajet plus ou moins complexe.
- **Etiologie** : Les facteurs favorisant une fistule anastomotique sont une anastomose en tension, une vascularisation insuffisante, une mauvaise préparation des berges anastomotiques, ou une agression viscérale per-opératoire (dilacération musculaire ou dépéritonisation).

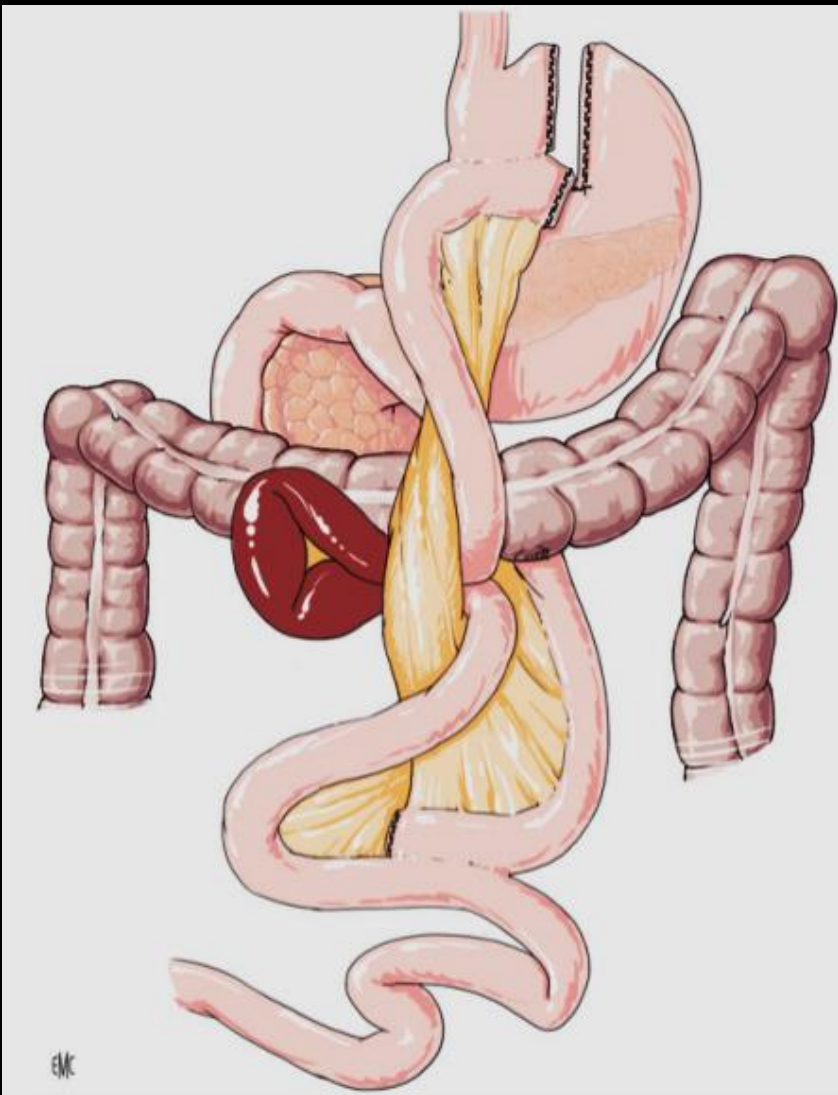
Complications des gastrectomies totales

Syndrome occlusif de l'anse montée

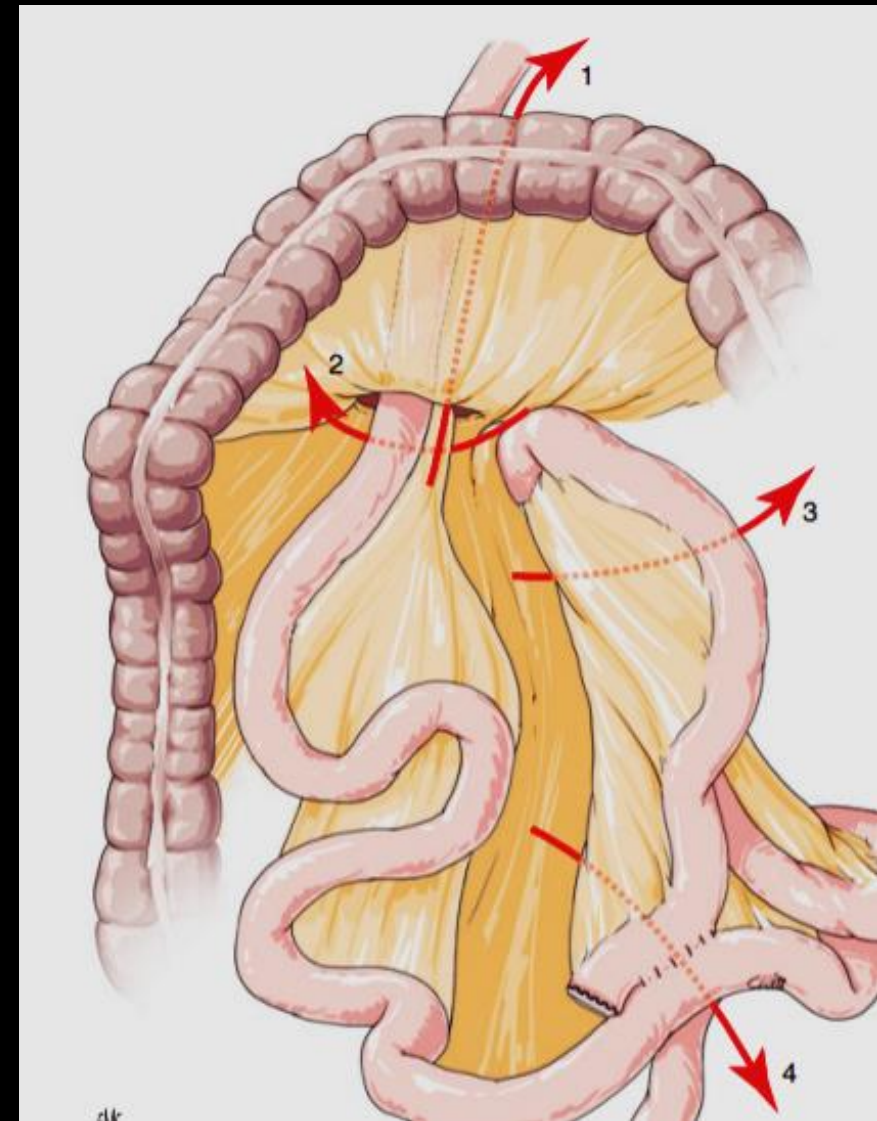
L'occlusion digestive de l'anse montée est une complication rare mais possible, comme dans toutes les interventions comportant une anse montée en Y "à la Roux")

L'anastomose jéjuno-jéjunale est antéro-latérale à l'étage sous mésocolique, manuelle ou mécanique. **Les complications mécaniques sont du même type que celles observées dans les by-pass gastro-jéjunaux de la chirurgie bariatrique**

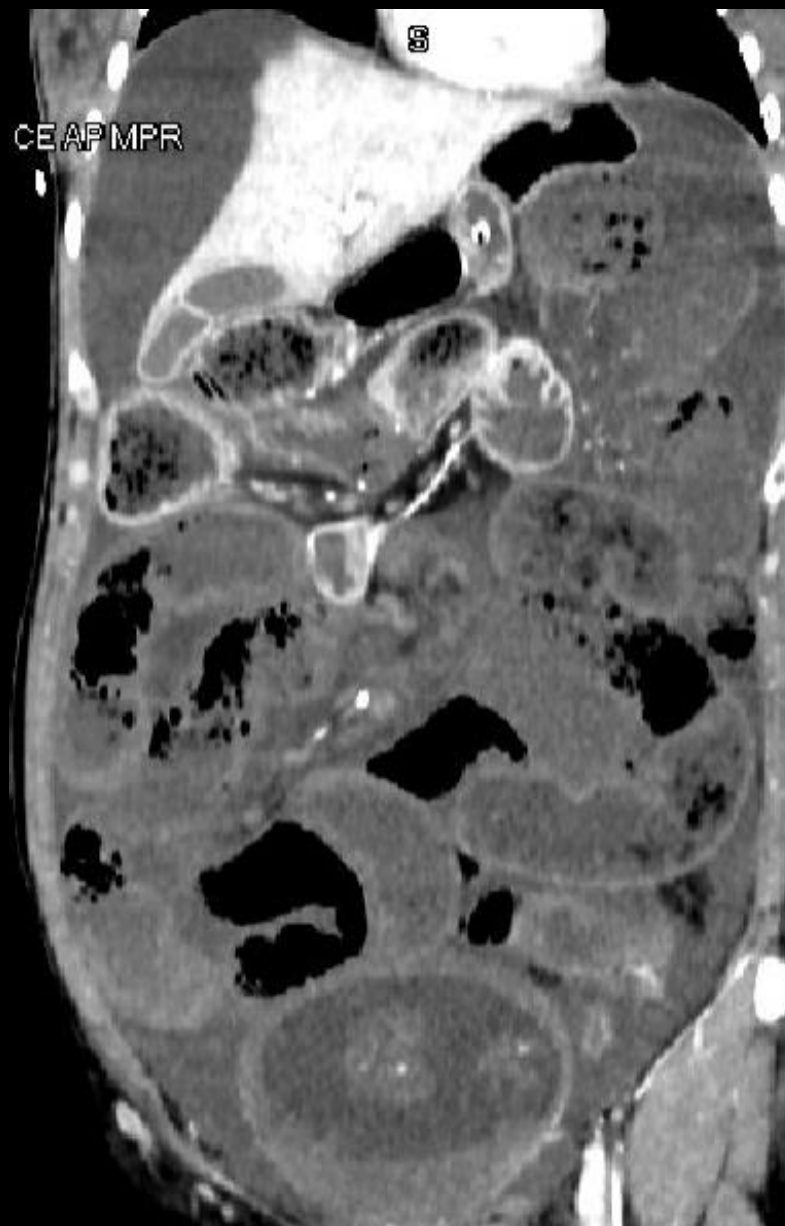
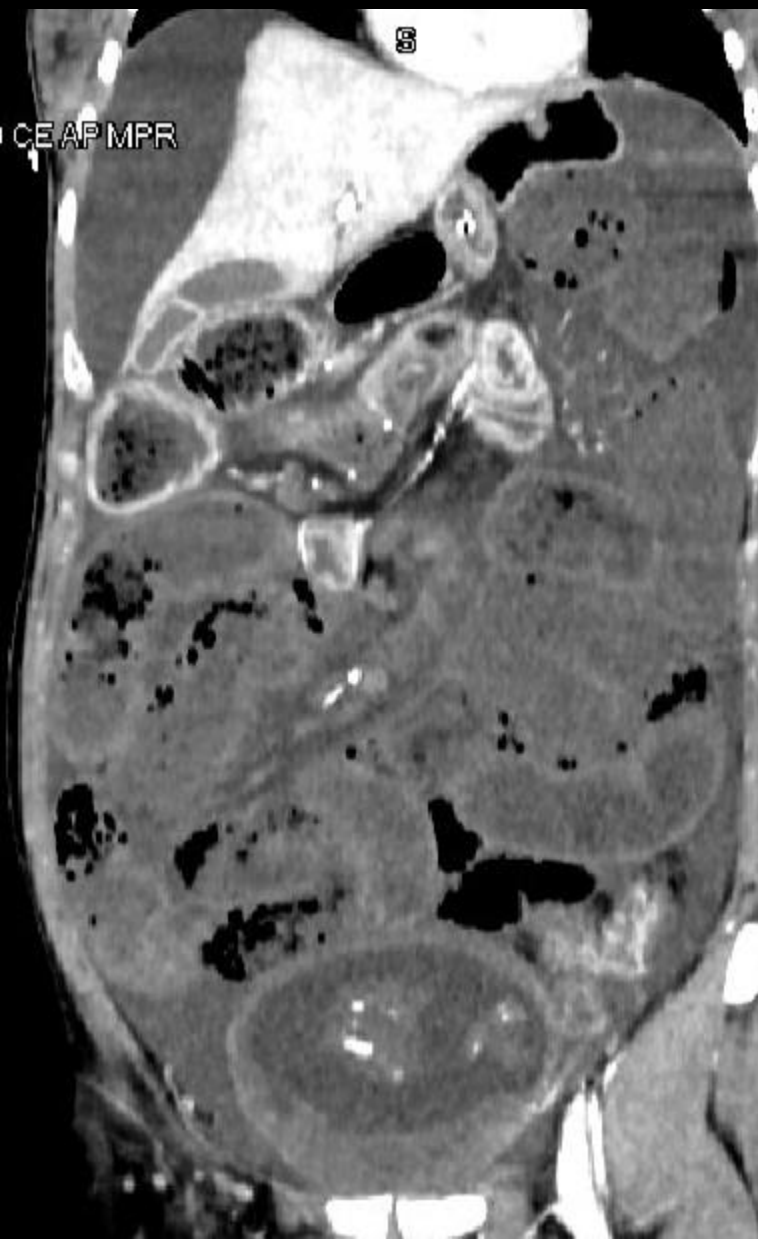




Hernie de l'espace de Petersen: anse alimentaire incarcérée dans le mésentère, sous le mésocolon transverse



1-hernie transmésocolique de l'anse alimentaire ; 2-hernie de Petersen ; 3-hernie transmésentérique ; 3-hernie de Paroz, en arrière de l'anastomose au pied de l'anse



au total

les syndromes occlusifs aigus du grêle restent délicats à analyser sur l'imagerie en coupes. Pourtant la possibilité d'avoir en temps réel des reconstructions de qualité multidirectionnelles a transformé le diagnostic. Encore faut-il avoir ou savoir prendre le temps nécessaire pour apprendre , comprendre et se forger une expérience .. en attendant que l'intelligence artificielle et ses robots fassent encore mieux !