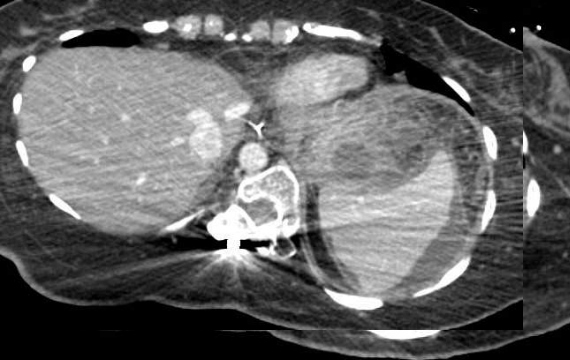
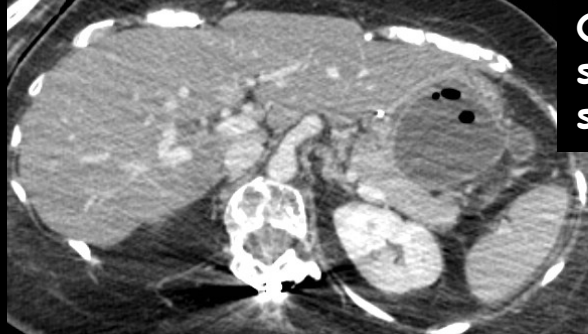
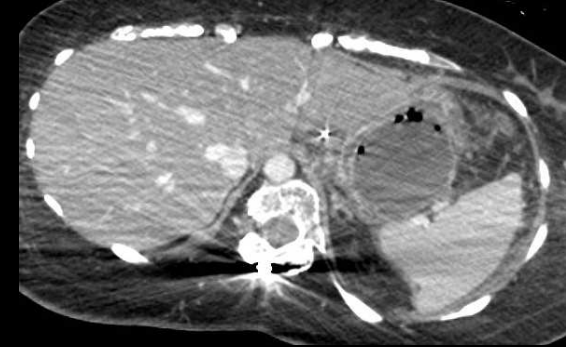
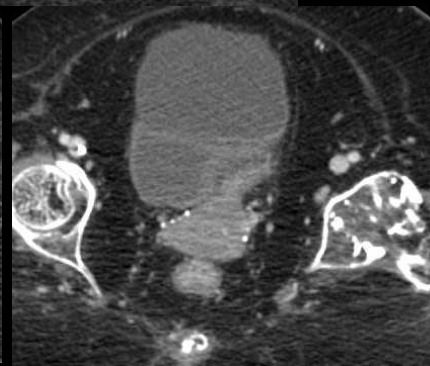
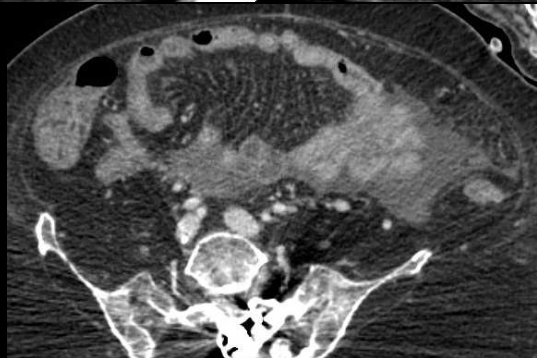
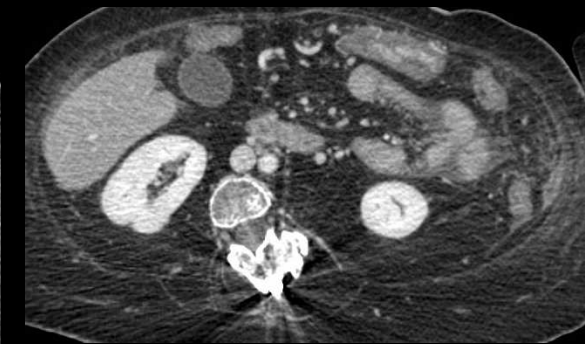
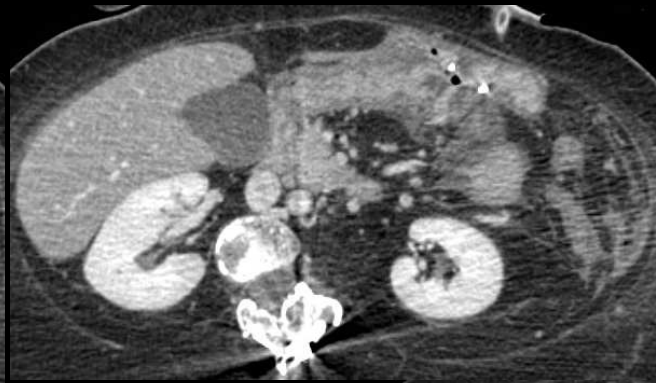
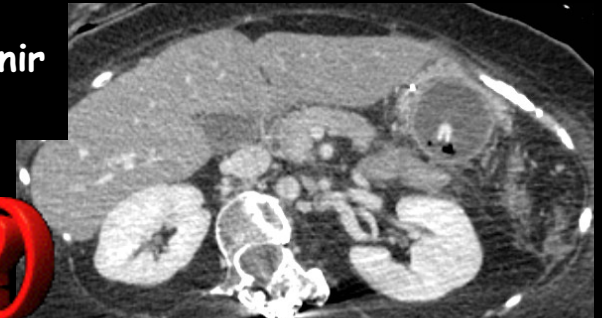




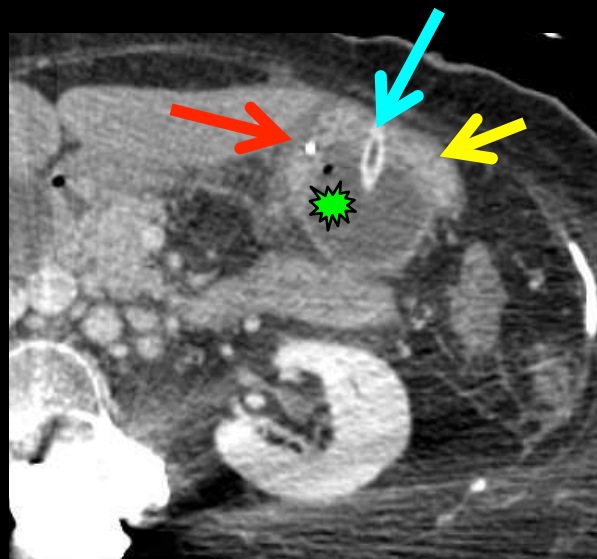
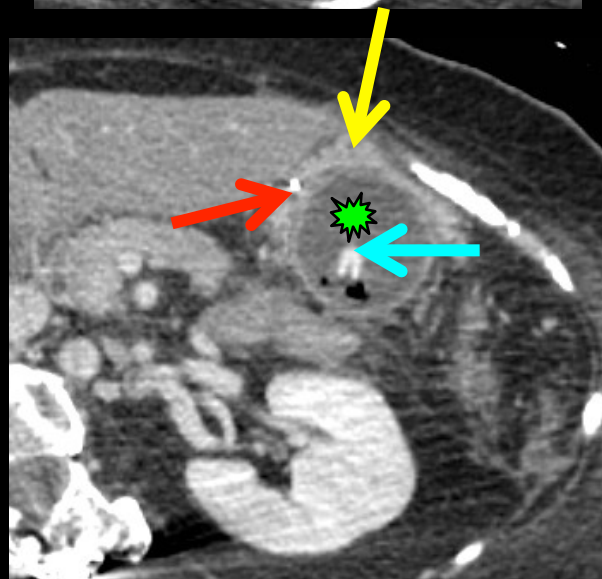
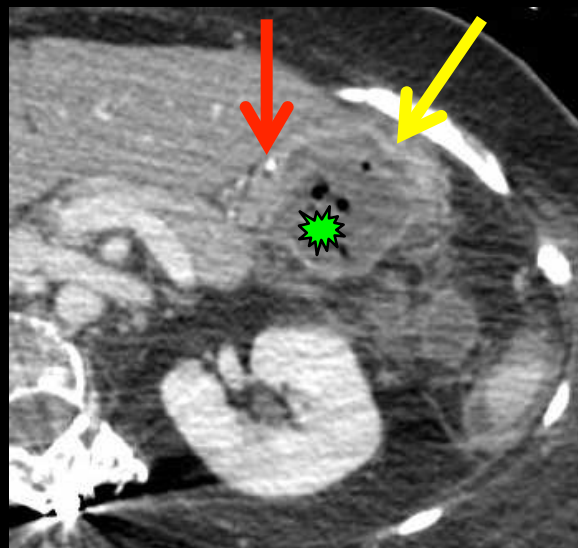
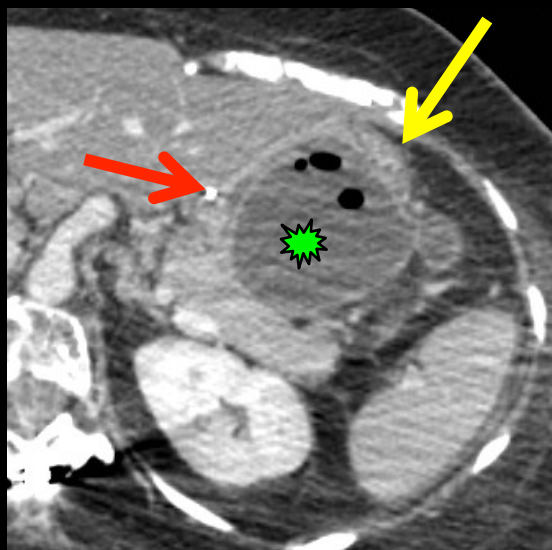
Syndrome douloureux abdominal fébrile après pose récente de GPR (Gastrostomie Percutanée Radiologique) ; les douleurs ont commencé dès la pose et sont majorées à chaque alimentation



Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur les coupes scanographiques



Frédérique
Gay IHN

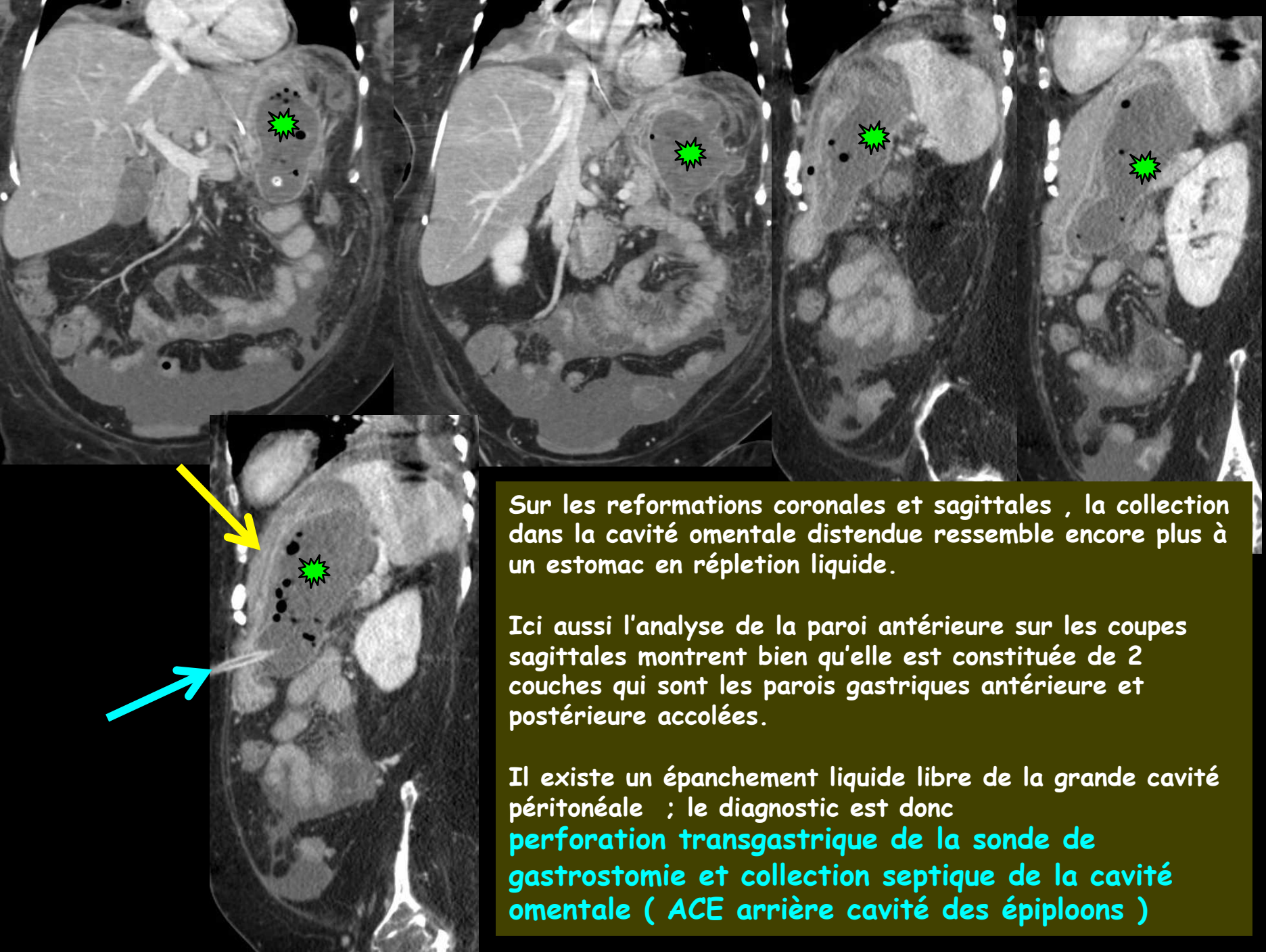


Devant une image paraissant correspondre à la lumière gastrique en distension liquide, le premier réflexe doit être d'identifier la paroi gastrique

ici , la sonde naso-gastrique est un repère précieux ,entouré par les deux faces de l'estomac

ce qui aurait pu en imposer pour un estomac est en fait une collection rétro-gastrique , de la cavité omentale

La GEP est bien transgastrique et les solutés administrés par la sonde ont donc été déversés dans la cavité omentale



Sur les reformations coronales et sagittales , la collection dans la cavité omentale distendue ressemble encore plus à un estomac en répletion liquide.

Ici aussi l'analyse de la paroi antérieure sur les coupes sagittales montrent bien qu'elle est constituée de 2 couches qui sont les parois gastriques antérieure et postérieure accolées.

Il existe un épanchement liquide libre de la grande cavité péritonéale ; le diagnostic est donc **perforation transgastrique de la sonde de gastrostomie et collection septique de la cavité omentale (ACE arrière cavité des épiploons)**

La GPR (gastrostomie percutanée radiologique)

Technique introduite par Preshaw en 1981 très largement développée par la suite

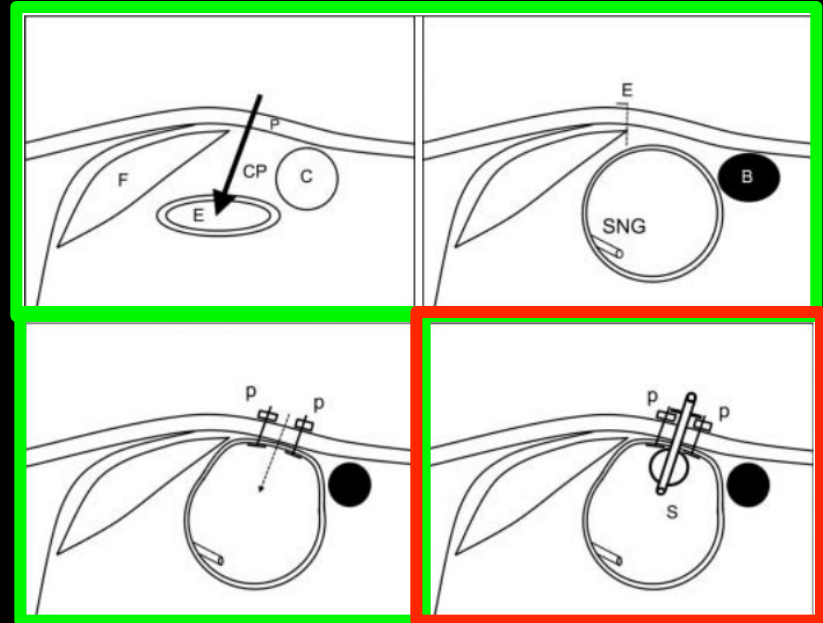
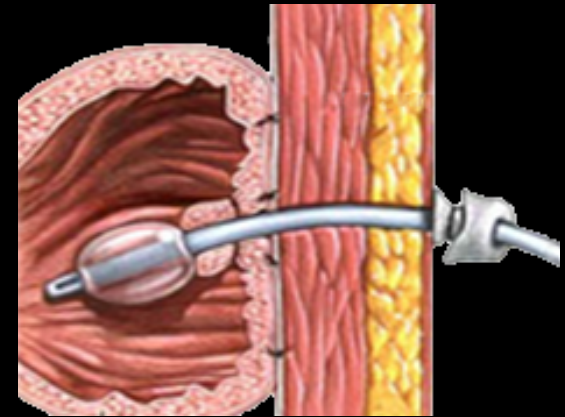
Comporte un premier temps de gastropexie (fixation de la paroi gastrique antérieure à la paroi abdominale)

Puis mise en place sur guide d'une sonde à ballonnet 14 F

Réalisée sous **guidage fluoroscopique** ou **scanographique**, après insufflation gazeuse gastrique ;(technique possible sous guidage échographique après distension liquide de l'estomac)i

L'article de **Blondet et coll. J.Radiol. 2008;89:1065-1075** décrit minutieusement la technique, ses indications et contre-indications. Consultez également le poster

<http://pe.sfrnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2010/1/37eead28-f1da-4d8a-92c7-a5f90a85586d.pdf>



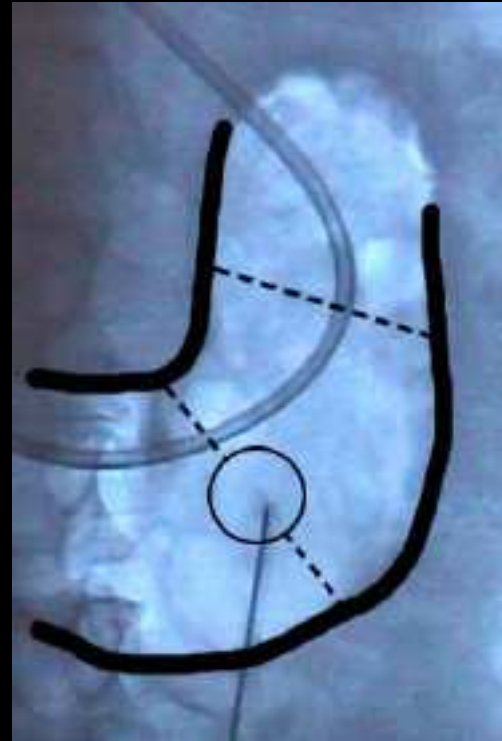
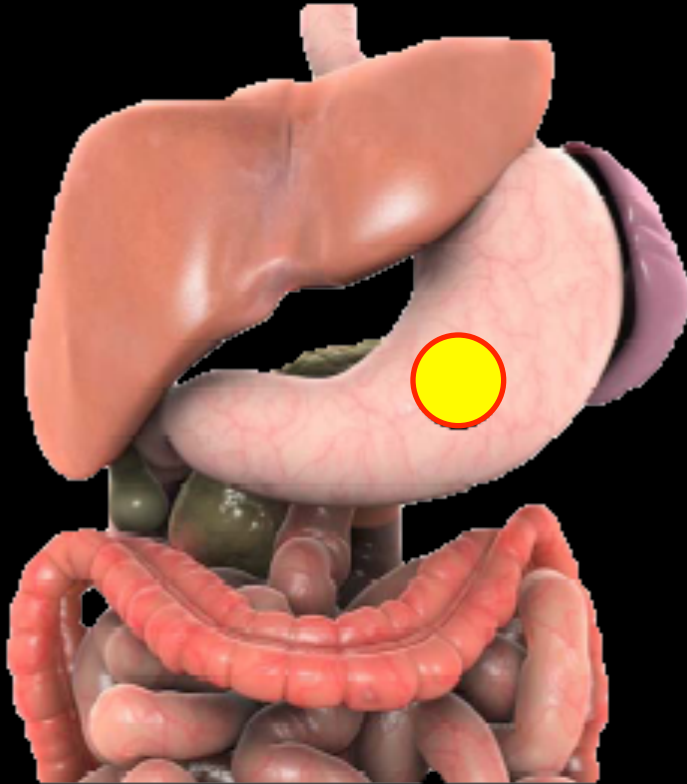
gastropexie p = plots de
gastropexie, après insufflation
de l'estomac par sonde naso
gastrique

mise en place de la
sonde de gastrostomie
(S)

Contre-indications

Contre-indications	Etiologies
Refus du patient	
Espérance de vie < 1 mois	
Risque hémorragique	
Anomalie sur le trajet de ponction	Varices péri-gastriques
	Dérivation ventriculo-péritonéale
	Interposition d'organe*
	Estomac en position haute*
	Néoplasie, infection ou inflammation locale*
	Ascite abondante*
	Antécédents de chirurgie gastrique*
	Obésité*
	Fin de grossesse*
	Dialyse péritonéale*
Contre-indications d'ordre digestif	Occlusion d'aval (pour NE)
	Sténose œsophagienne non cathétérisable*
	Reflux gastro-œsophagien sévère*
* : contre-indication relative (mise en place réussie par certaines équipes) - NE : nutrition entérale	

Tableau : Blondet, A., et al., *Gastrostomie percutanée radiologique*. J Radiol, 2008. 89(9 Pt 1): p. 1065-75.



Site de ponction et d'implantation de la sonde de gastrostomie dans la technique radiologique

Attention au foie et au colon (transverse et angle gauche) !

Complications de la GPR.	
Complications Majeures	Infection sévère (péritonite, sepsis profond) Décompensation respiratoire (fausse route, pneumopathie d'inhalation) Hémorragie majeure Perforation (gastrique postérieure, colique, grêlique)
Complications Mineures	Complications locales (fuite, infection, hématome, bourgeonnement) Dysfonctions du tube (bouchage, plicature, déplacement, chute) Reflux gastro-oesophagien (discuté) Autres : vomissements, pneumopéritoine abondant...

Tableau : Blondet, A., et al., *Gastrostomie percutanée radiologique*. J Radiol, 2008. 89(9 Pt 1): p. 1065-75.



La fréquence des complications majeures des GPR est significativement inférieure à celle des GPE (gastrostomie percutanée endoscopique) : 5,9 vs 9,4 %

Messages à retenir

-La **gastrostomie percutanée radiologique** (GPR) prend une place de plus en plus importante aux dépens de la gastrostomie endoscopique percutanée (GEP) en raison de :

.son excellent taux de réussite (99%) , entre des mains expertes.

.son **taux de complications graves, de 40 % inférieur à celui de la GEP**

.sa réalisation possible **sans sédation** , sous anesthésie locale

.son indication en cas de sténose oesophagienne empêchant le passage de l'endoscope , ou lorsque la transillumination nécessaire pour la GEP s'avère impossible

-Parmi les complications graves propres à la GPR , **la perforation de la paroi postérieure aboutit à une transfixion gastrique** . D'autres viscères creux peuvent être perforés lors de la GPR , notamment le colon transverse et le grêle.

-Les autres complications majeures , communes aux deux techniques, sont de nature infectieuse (péritonites) , respiratoires (pneumopathie d'inhalation , insuffisance respiratoire aiguë) et hémorragiques