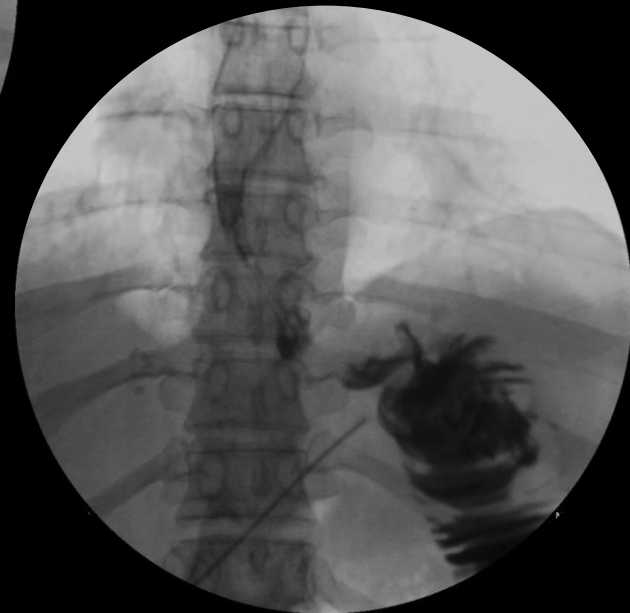


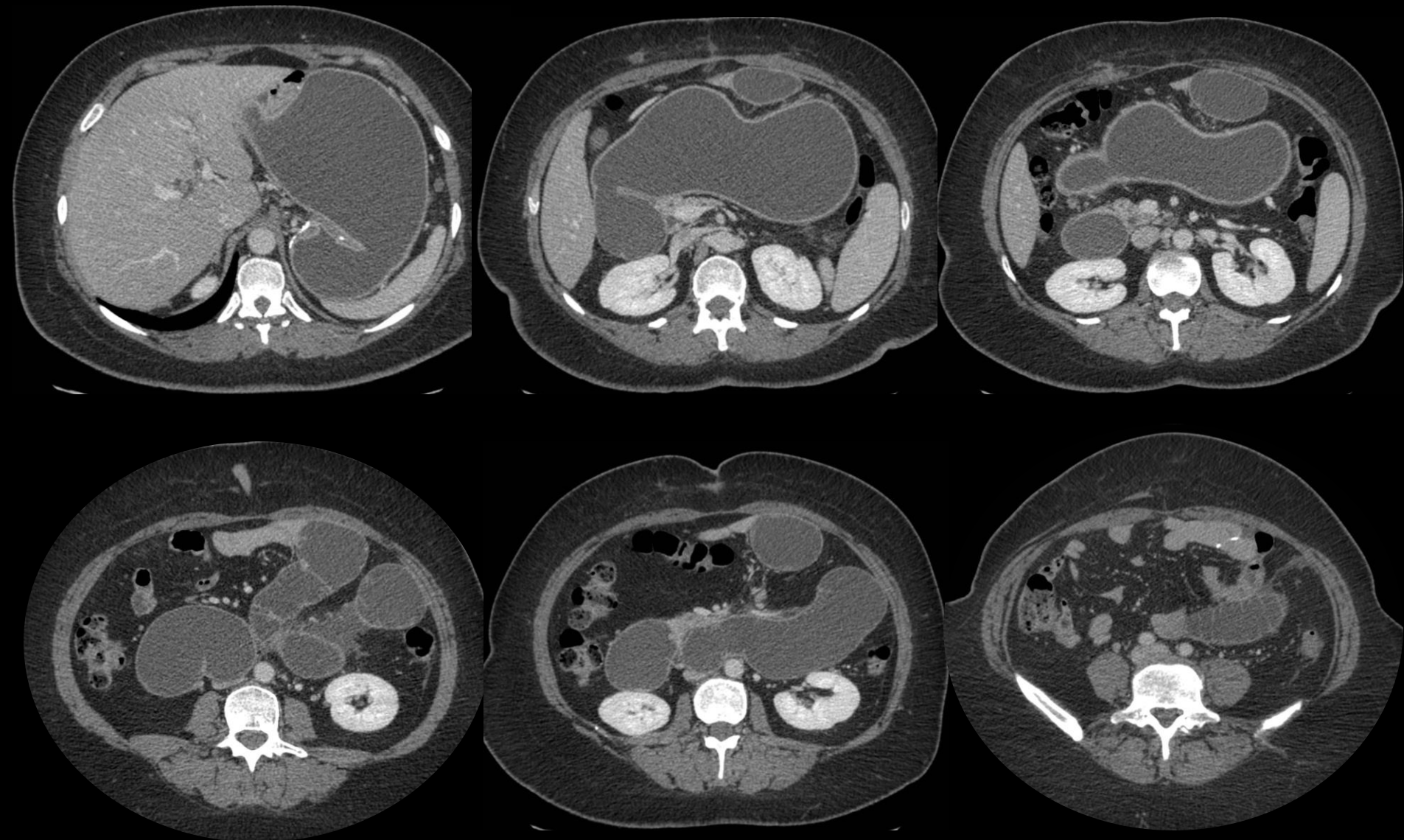
Cas n° 1 : patiente de 47 ans
J 20 d'un By-pass gastrique

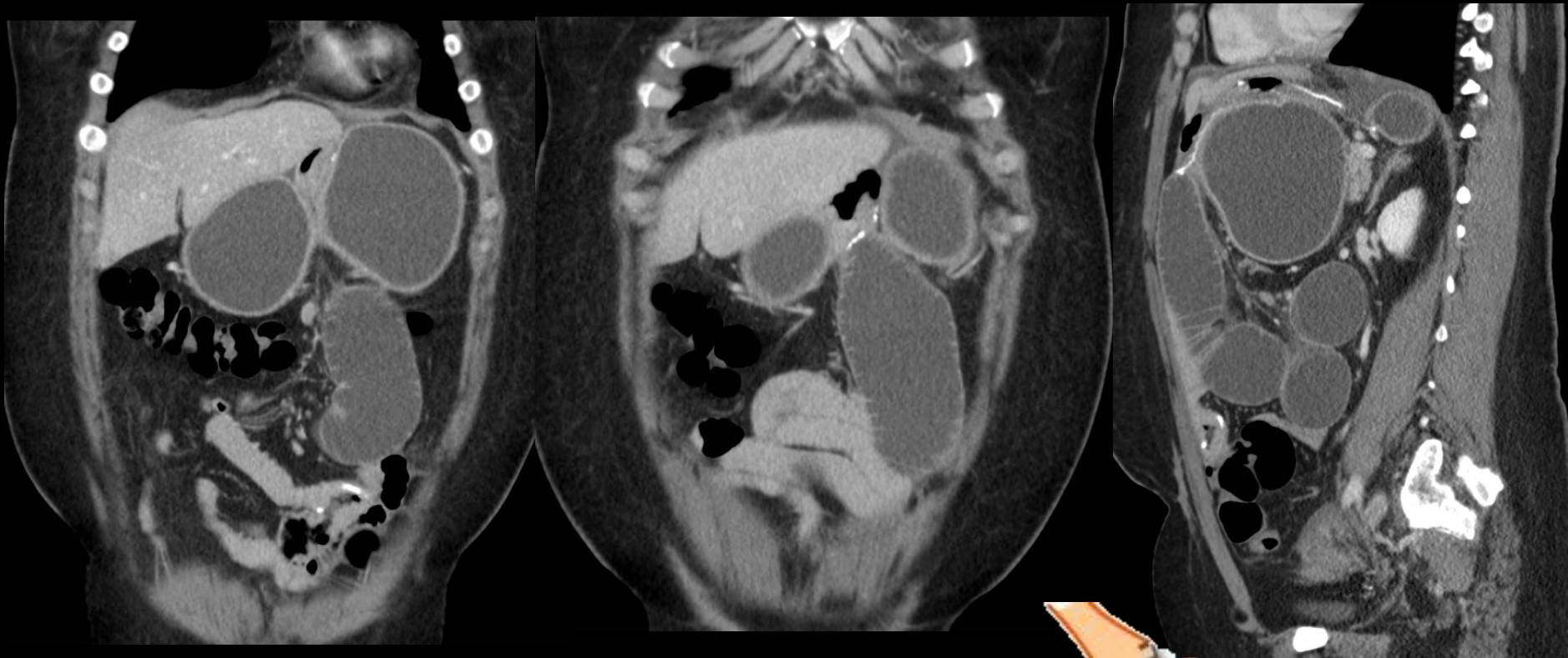
Sybille. Duroch IHN



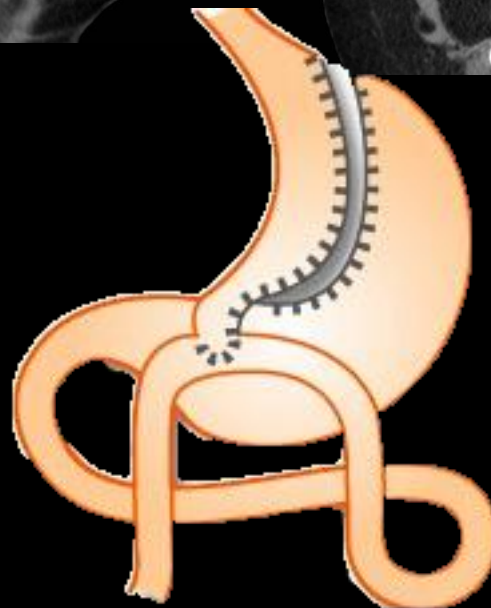
TOGD à J1 :
Remplissage rapide de la poche gastrique
Pas de fuite anastomotique

Suites simples
Depuis 5 jours :
Nausées sans vomissements
Pas d'intolérance alimentaire





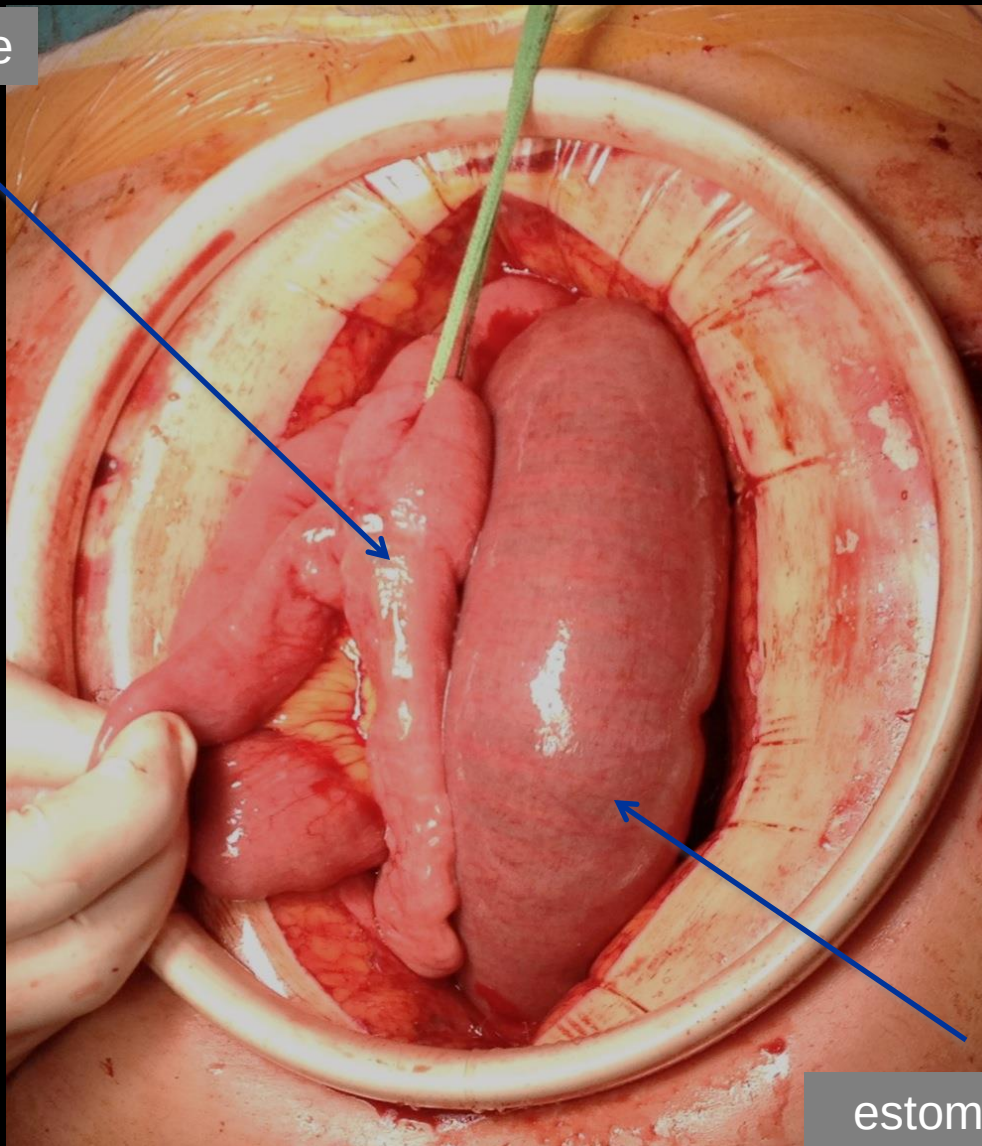
Dilatation majeure de l'estomac exclu
et du duodénum, la poche gastrique
tubulisée ayant été par erreur
anastomosée avec l'estomac



anse éfférente plate

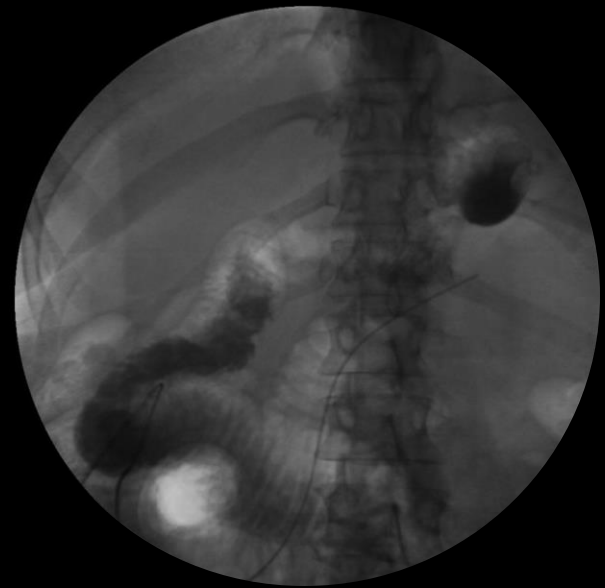


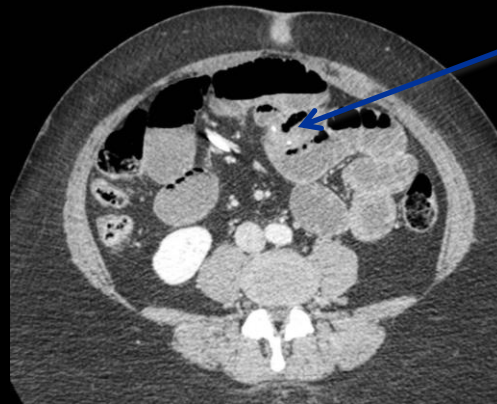
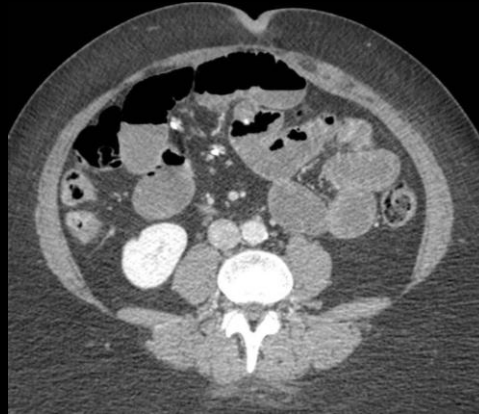
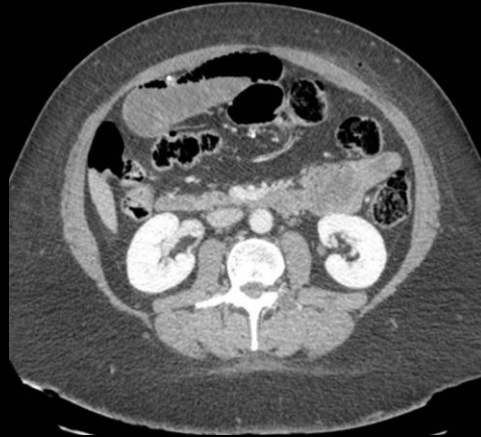
Anse en omega
mini by-pass
selon Billroth 2



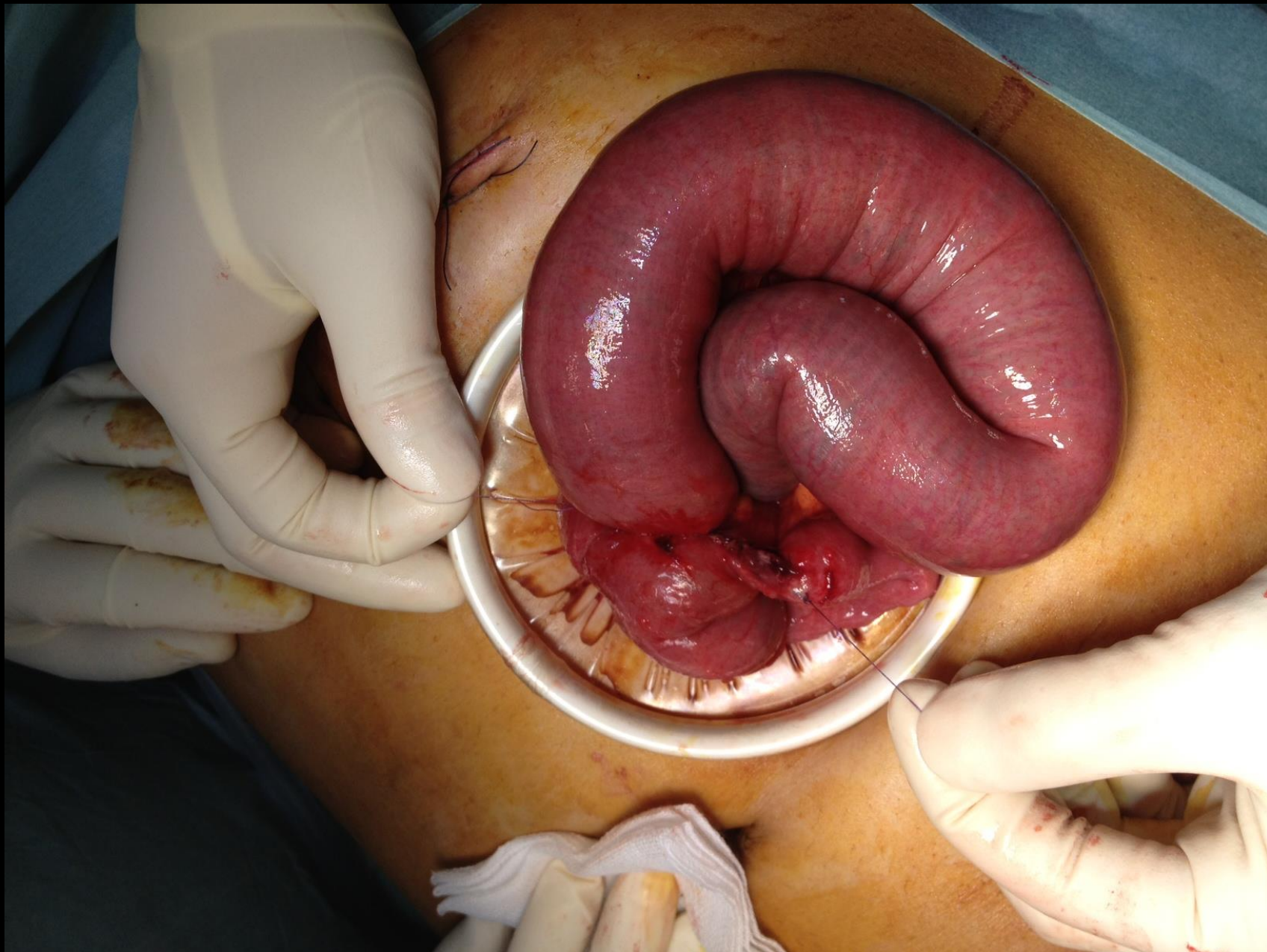
estomac et duodénum
dilatés

Cas n° 2 : patiente de 44 ans
J1 d'un By-pass gastrique



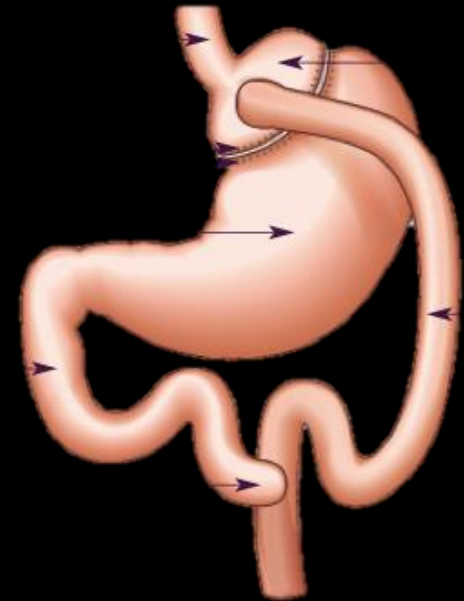


Toujours à J1 :
Pas de reprise du transit, pas de gaz :
syndrome occlusif , sténoses de
l'anastomose jéjuno-jéjunale ?

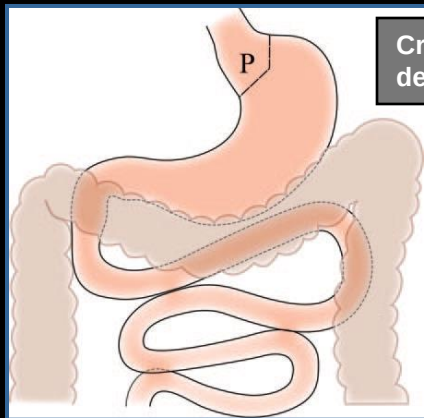


Complications des By-pass gastriques en imagerie

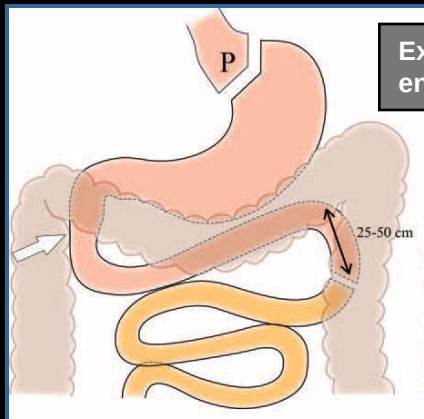
- By-pass gastrique :
 - Gold-standard de la chirurgie bariatrique
- 3 types de chirurgie bariatrique :
 - Restrictive :
 - Création d' une poche gastrique afin d' accélérer la sensation de satiété
 - Malabsorptive :
 - Limitation de l' absorption à un court segment iléal
 - Mixte : By-pass gastrique
- Rôle important de l' imagerie dans la détection de complications



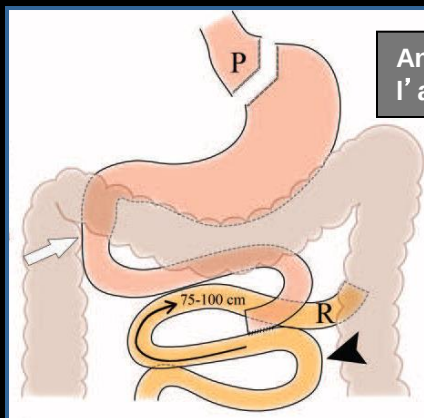
Technique chirurgicale



Création d'une poche à partir de la petite courbure gastrique

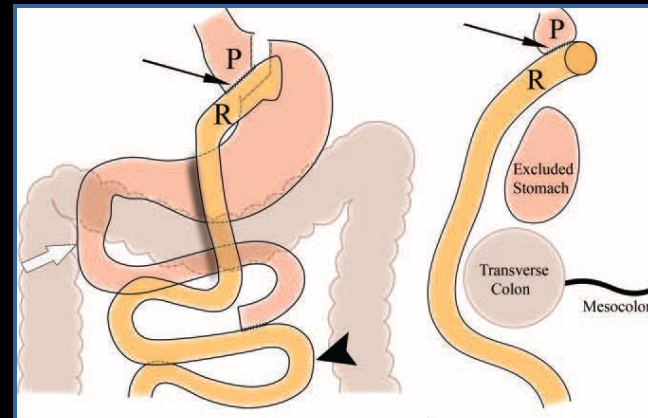


Extrémité distale de l'anse biliaire située environ 25-50 cm de l'angle de Treitz

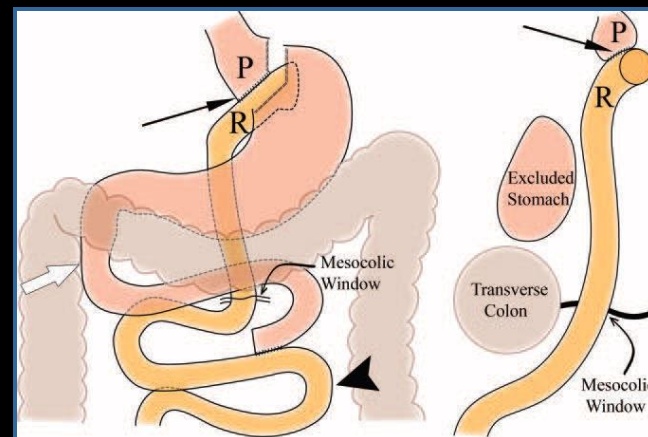


Anastomose latéro-latérale entre l'anse biliaire et l'anse alimentaire

Anastomose gastro-jéjunale



Anté colique - anté gastrique



Rétro colique - rétro gastrique

Passage au travers du mésocôlon transverse

Aspect post-opératoire normal en imagerie

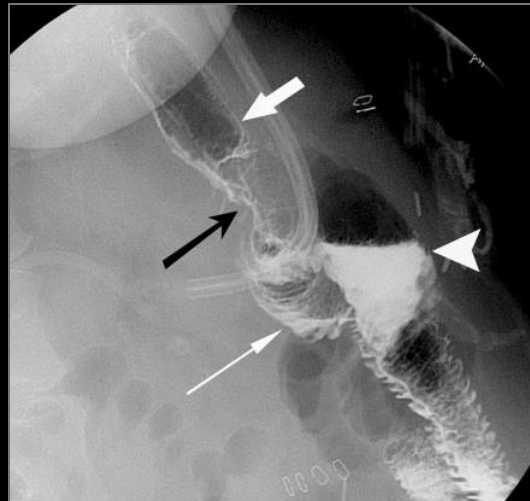
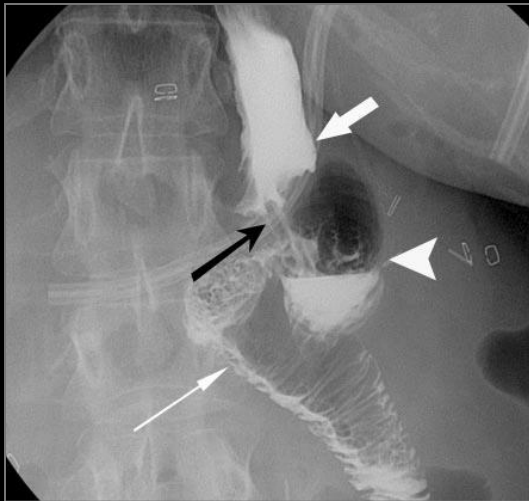
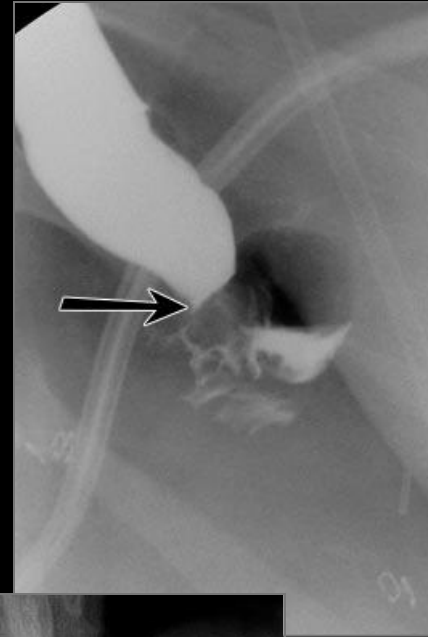
TOGD systématique à J1 Analyse de l'anastomose gastro-jéjunale

Utilisation d'un produit de contraste hydrosoluble (Gastrograffine)

Etude dynamique

Opacification rapide de la poche gastrique et de l'anse alimentaire

Retard d'opacification parfois observé en post-op précoce (œdème)



1 semaine plus tard

Aspect post-opératoire normal en imagerie

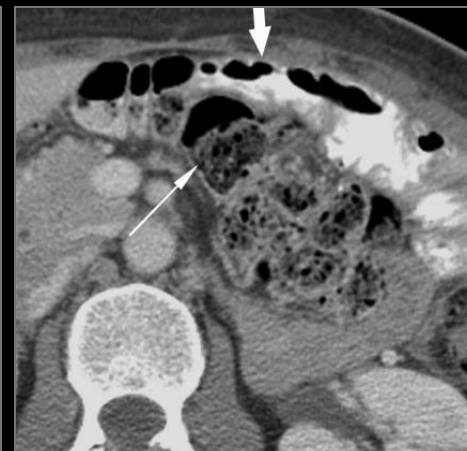
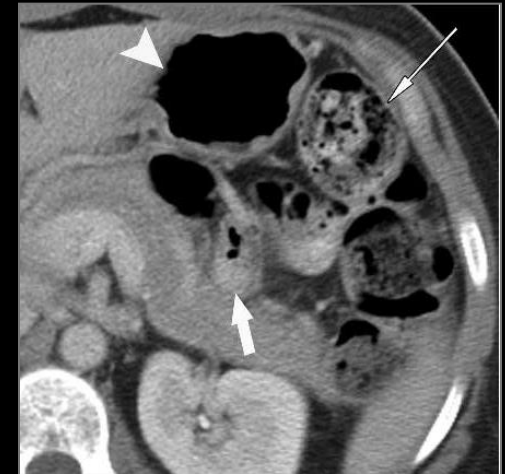


Anastomose gastro-jéjunale

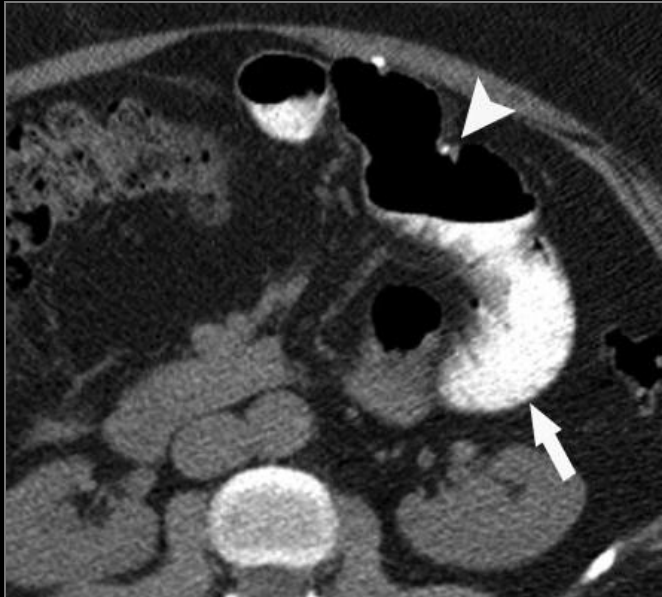
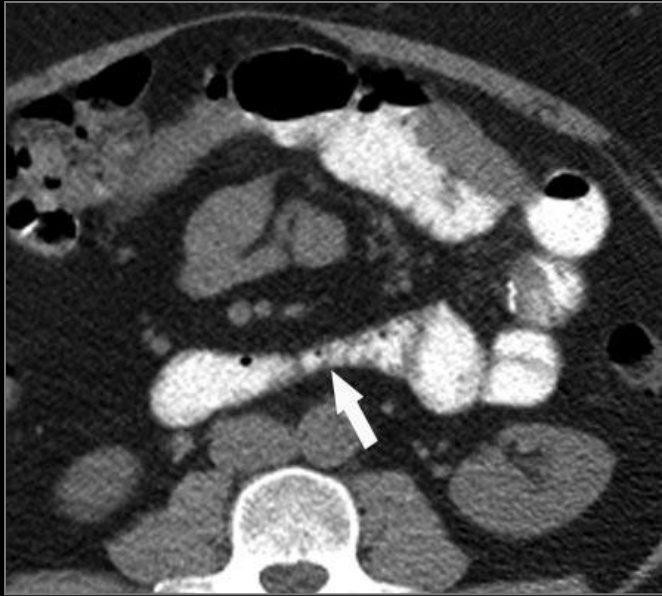
Anastomose gastro-jéjunale
antécolique-antégastrique



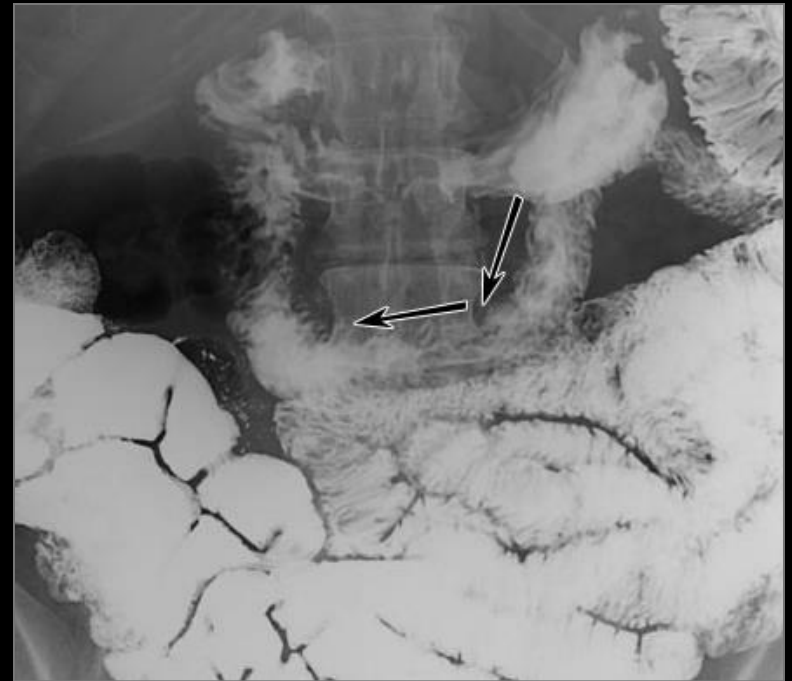
Anastomose gastro-jéjunale
rétrocolique-rétrogastrique



Aspect post-opératoire normal en imagerie



Reflux de produit de
contraste dans
l'anse pancréato-biliaire
non pathologique



Imagerie des principales complications des By-pass gastriques

COMPLICATIONS PRECOCES

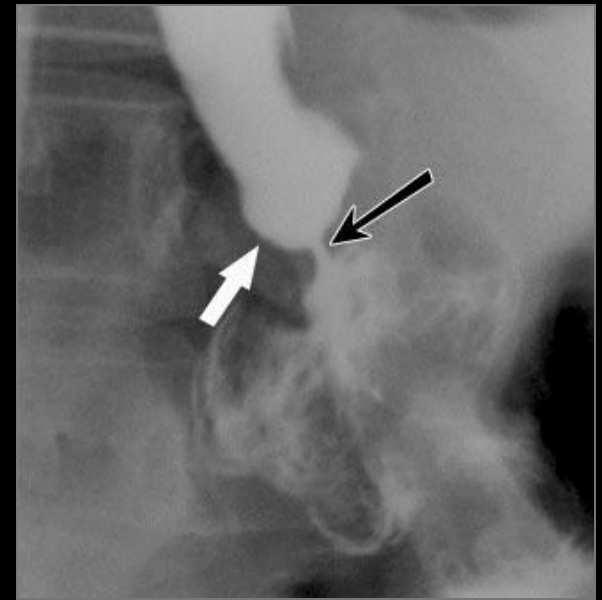
Fistule anastomotique :

Siège préférentiellement sur l'anastomose gastro-jéjunale

Dépistage par TOGD à J1



Fuite anastomotique à J1



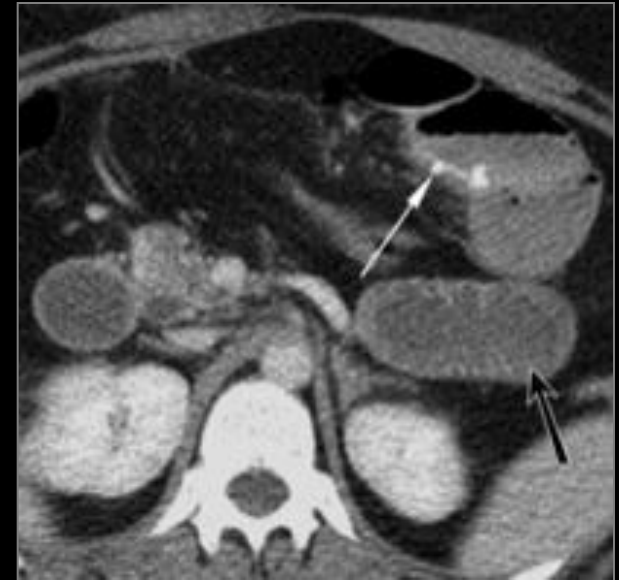
Sténose de l' anastomose
gastro-jéjunale

Imagerie des principales complications des By-pass gastriques

COMPLICATIONS PRECOCES

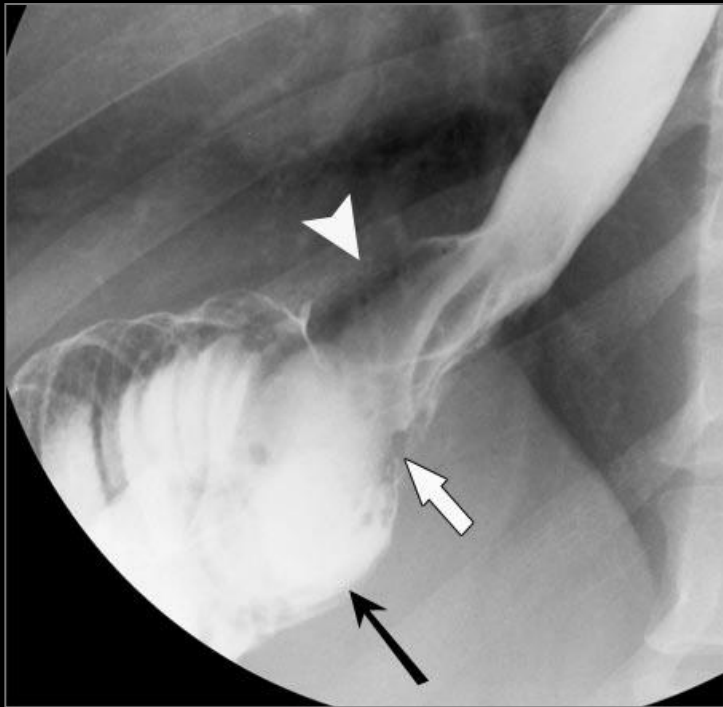
Sténose anastomotique

Anastomose jéjuno-jéjunale +++

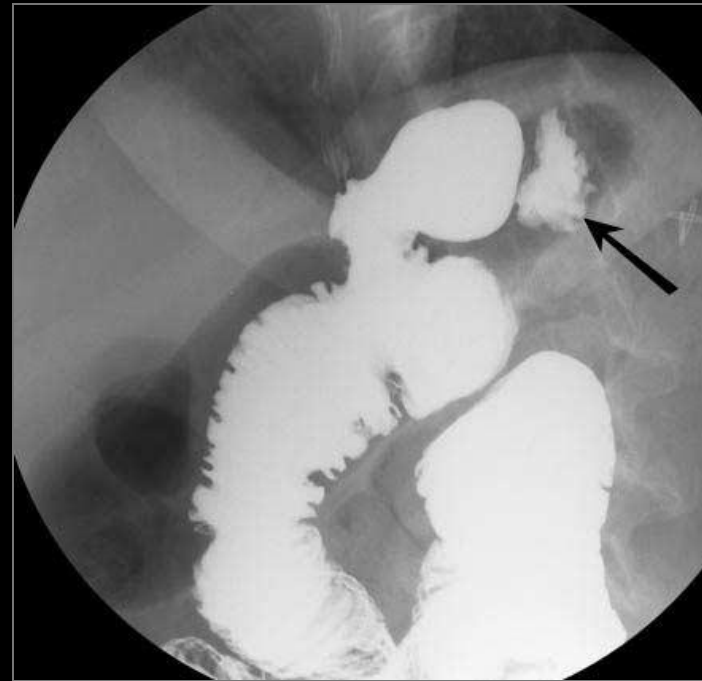


Imagerie des complications

COMPLICATIONS TARDIVES



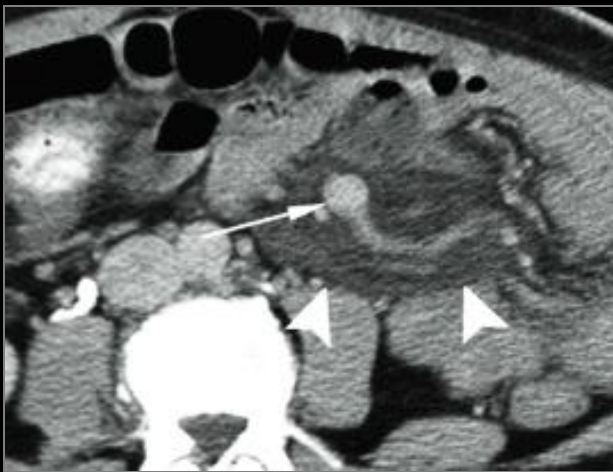
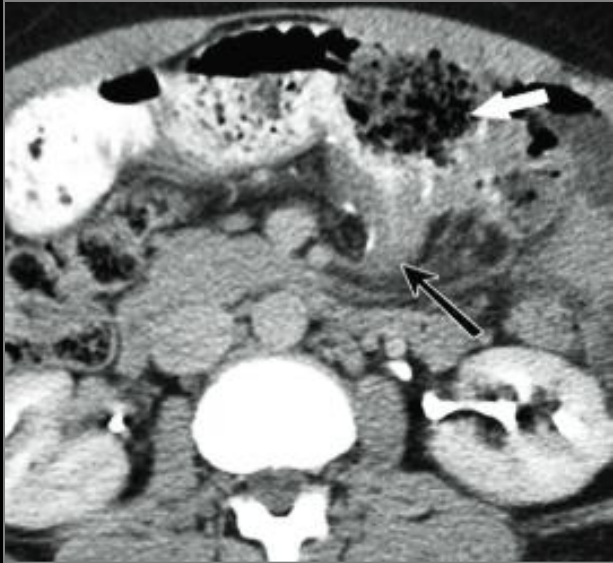
Déhiscence de la poche gastrique



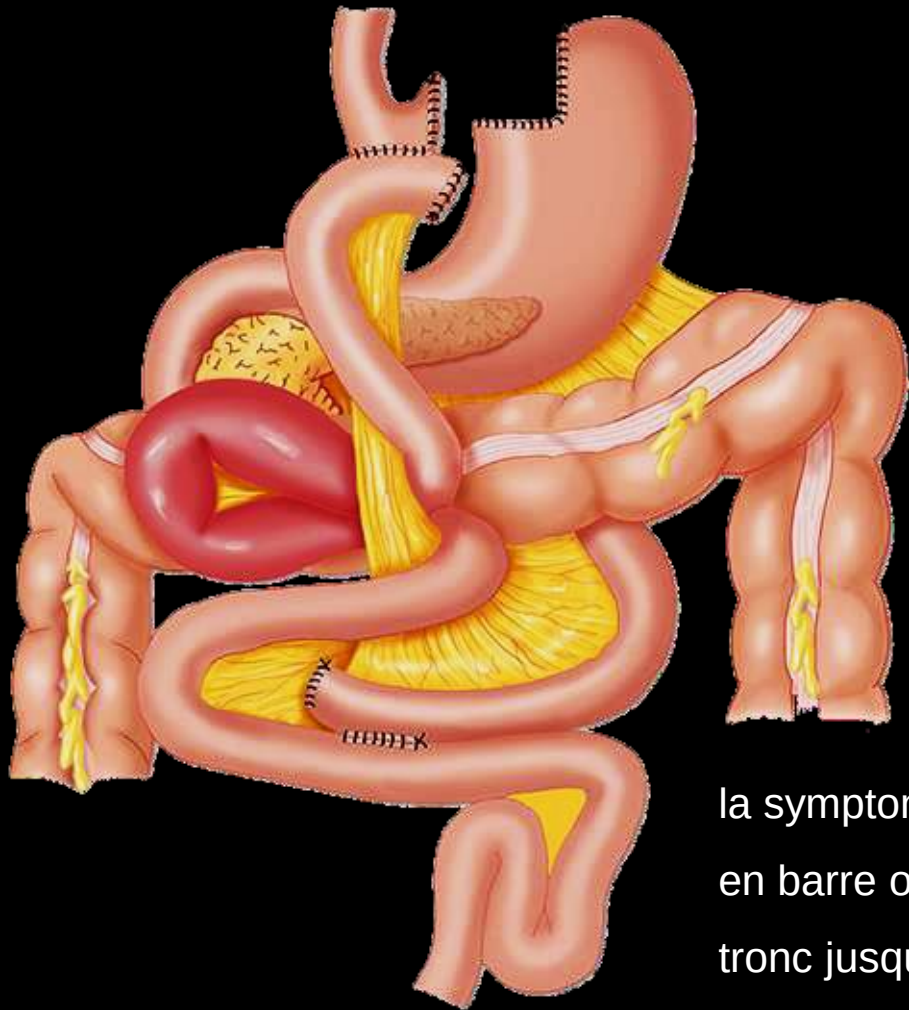
Fistule gastro-gastrique

Imagerie des complications

COMPLICATIONS TARDIVES



Occlusion sur hernie interne, le plus souvent dans l'espace de Petersen (en arrière de l'anse alimentaire montée en transmésocolique)



hernie interne, dans l'espace de Petersen (en arrière de l'anse

alimentaire positionnée en pré-colique

c'est l'anse bilio-pancréatique ou l'anse commune qui sont étranglées dans l'étage infra-colique de la fente de Petersen

la symptomatologie est variable, douleurs abdominales en barre ou transfixiantes calmées par l'antéflexion du tronc jusqu'à occlusion haute aiguë

une invagination intestinale aiguë peut être observée sur les by-pass avec anse en Y de Roux ; le plus fréquemment il s'agit d'une invagination jéjuno-jéjunale rétrograde . La physiopathologie de ces invaginations n'a pas reçu d'explication claire

take-home message

-la chirurgie bariatrique connaît un succès grandissant; les techniques évoluent et s'affinent ; **le court-circuit ou by-pass gastrique** étant devenu le gold standard

-la **coopération avec l'équipe chirurgicale** est impérative pour apprendre les techniques qu'ils privilégient , le **calendrier des complications susceptibles de survenir** et pouvoir ainsi définir les réponses à apporter par l'imagerie

-cette évolution chirurgicale contraint les radiologues et les manipulateurs à **redécouvrir les fondements de l'opacification du tube digestif** en imagerie par projection et/ou en scanographie ; le savoir-faire ayant à peu près totalement disparu dans ce domaine .

-rappelons donc:

- . qu'il faut faire boire une quantité suffisante d'opacifiant ;
- . que la station verticale est indispensable pour que l'opacifiant franchisse le cardia +++;
- . que la surveillance scopique est essentielle, ;
- . que la dilution des hydrosolubles iodés doit être adaptée à la technique et au gabarit des patients
- . que les "constantes" (kV, mAs, t) doivent être adaptées aux circonstances , en scopie comme en graphie .. bref il faut **apprendre ou réapprendre la radiologie**