

Post-opératoire normal et pathologique

Dr. DRAGEAN CRISTINA –ANCA
UCL

Techniques radiologiques

- Imagerie dynamique
- CT

Point clé

- Type de chirurgie
- Intervalle entre la chirurgie et l'examen
- Clinique et biologie

Point clé

● Type de chirurgie

A. Urgent/Elective

B. Méthode chirurgicale

B.1 Type d'abord - Laparoscopie/tomie

B.2 Type d'abord - Intrapéritoneal/Rétropéritoneal ou mixte

C. Région anatomique

C.1 Organes solides – Foie, pancréas, rate, reins

C.2 Tube digestif

C 2.1 Tube digestif haut – Laryngo-pharynx/Œsophage/Estomac
- Duodénum/grêle

C2.2 Tube digestif bas – Colon/Rectum/Canal anal

C.3 Vasculaire

Point clé

- Intervalle entre la chirurgie et l'examen
 - * Précoce < 14 jours
 - * POD 1-5 (immédiat)
 - * POD 6-14 (tardif)
 - * A distance (> 14 jours/30 jours)

Point clé

CLINIQUE	BIOLOGIE
Fièvre	CRP
Douleur/Distension abdominale	Leucocitose/Leucopénie
Vomissements	Chute de hémoglobine
Tachycardie/Hypotension	Bilirubine/Amylase
Collection pariétale/Extériorisation de pus/sang/bile/urine/liquide dig/pancréatique Par le drain/par la plaie	Dégradation de la fonction rénale

Point clé

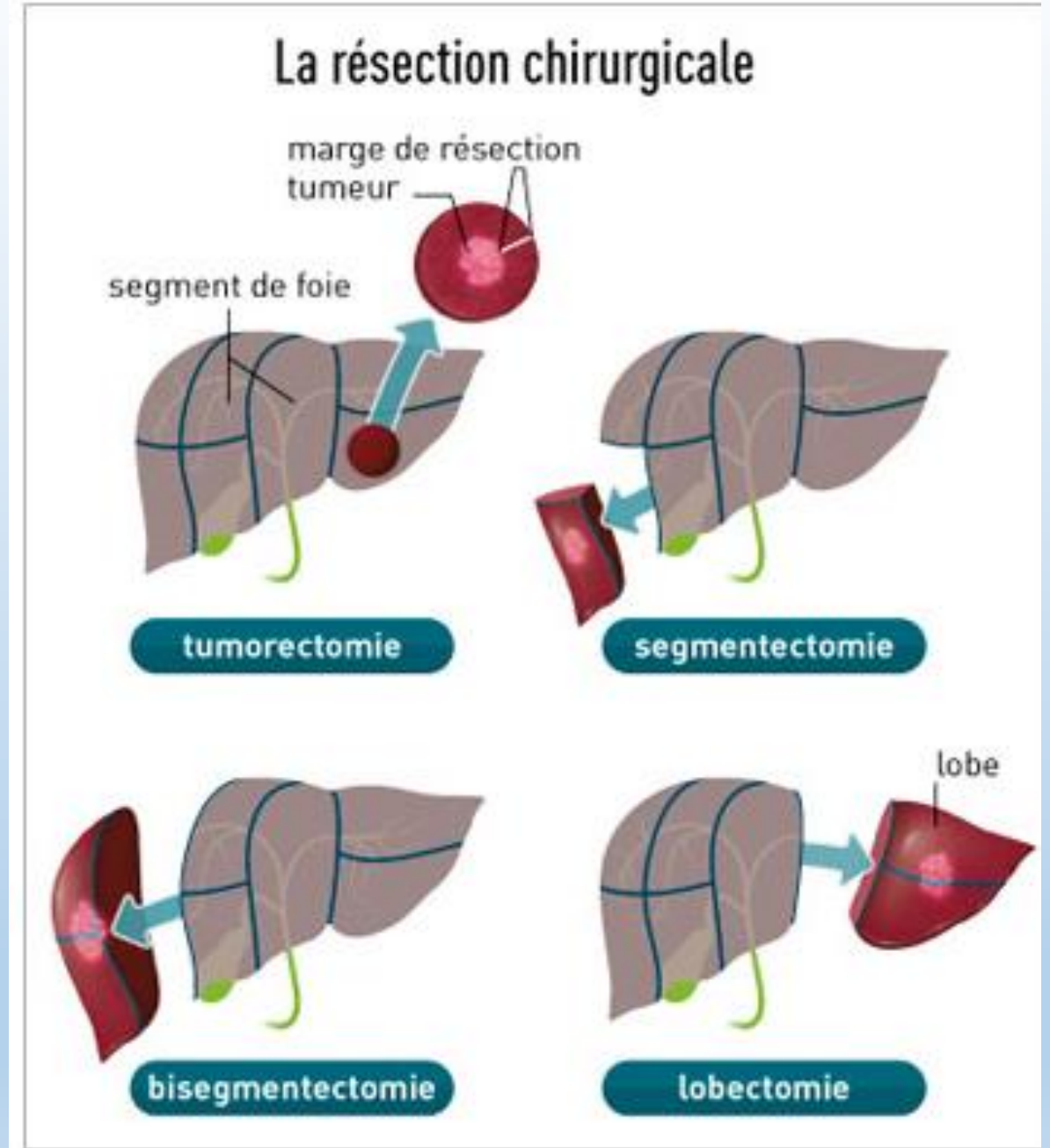
Complications Précoces	Complications Tardives
Fistule/Lâchage anastomotique	Sténose
Saignement actif	Occlusion
Ischémie	Perforation
Collections/Mediastinite/Péritonite Abces	Collections chroniques
Occlusion	Autre

Foie et vésicule/voie biliaire

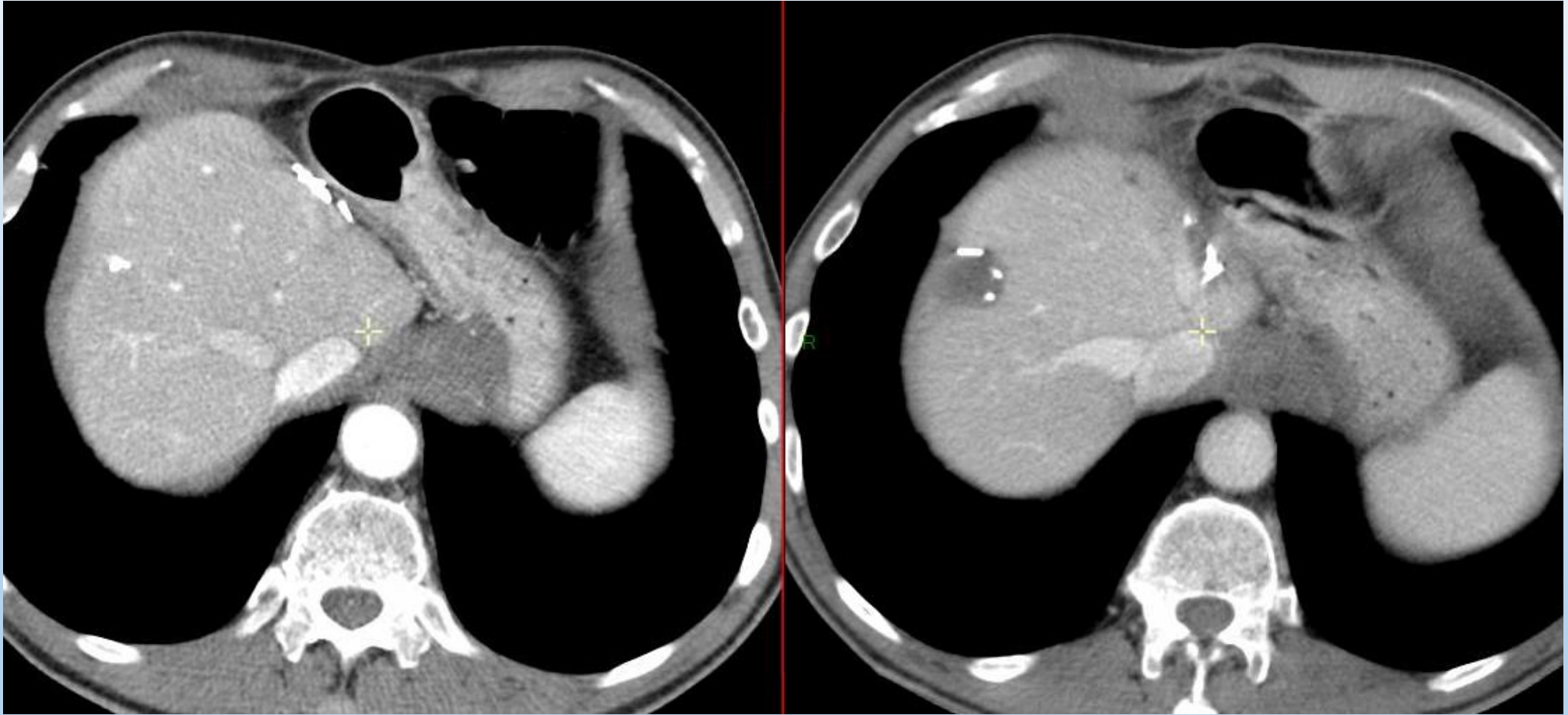
***FOIE**

- **Wedge résection/tumorectomie**
- **Segmentectomie**
- **Sectorectomie**
- **Lobectomie D/G**
- **Hépatectomie D/G**
- **Transplantation hépatique foie entière/partiel**

Foie

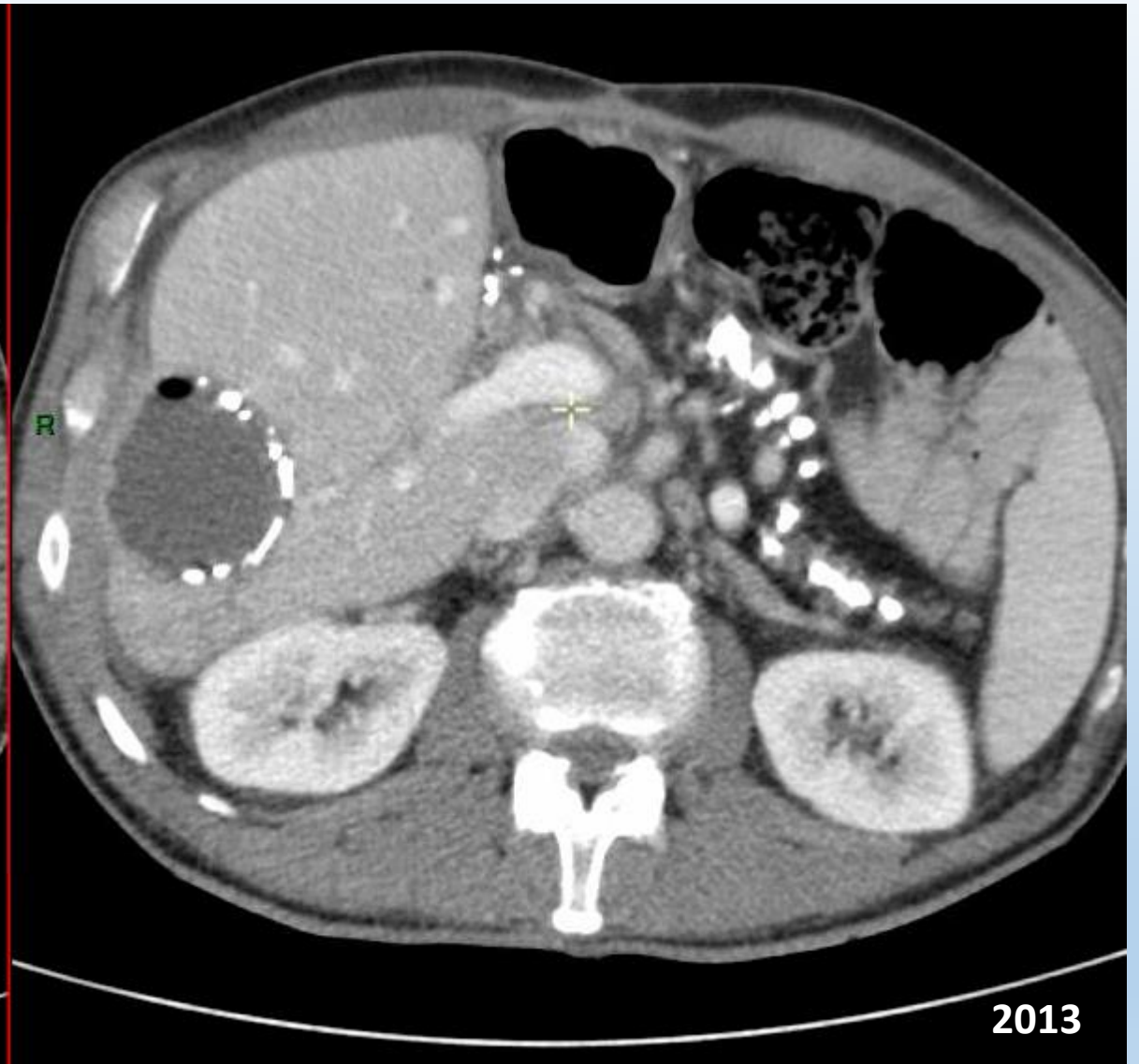
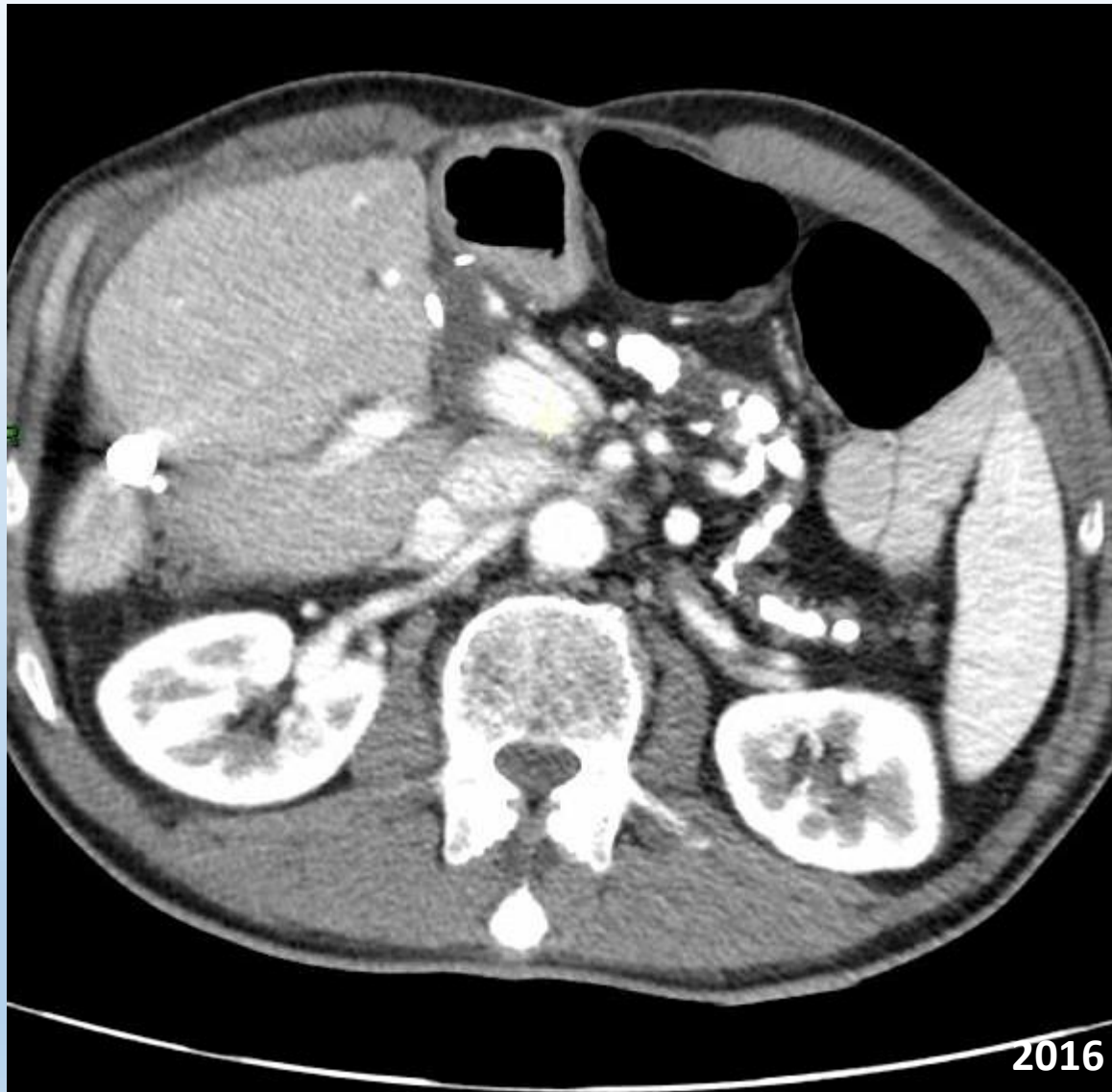


Foie



Wedge SVIII et lobectomie G

Foie



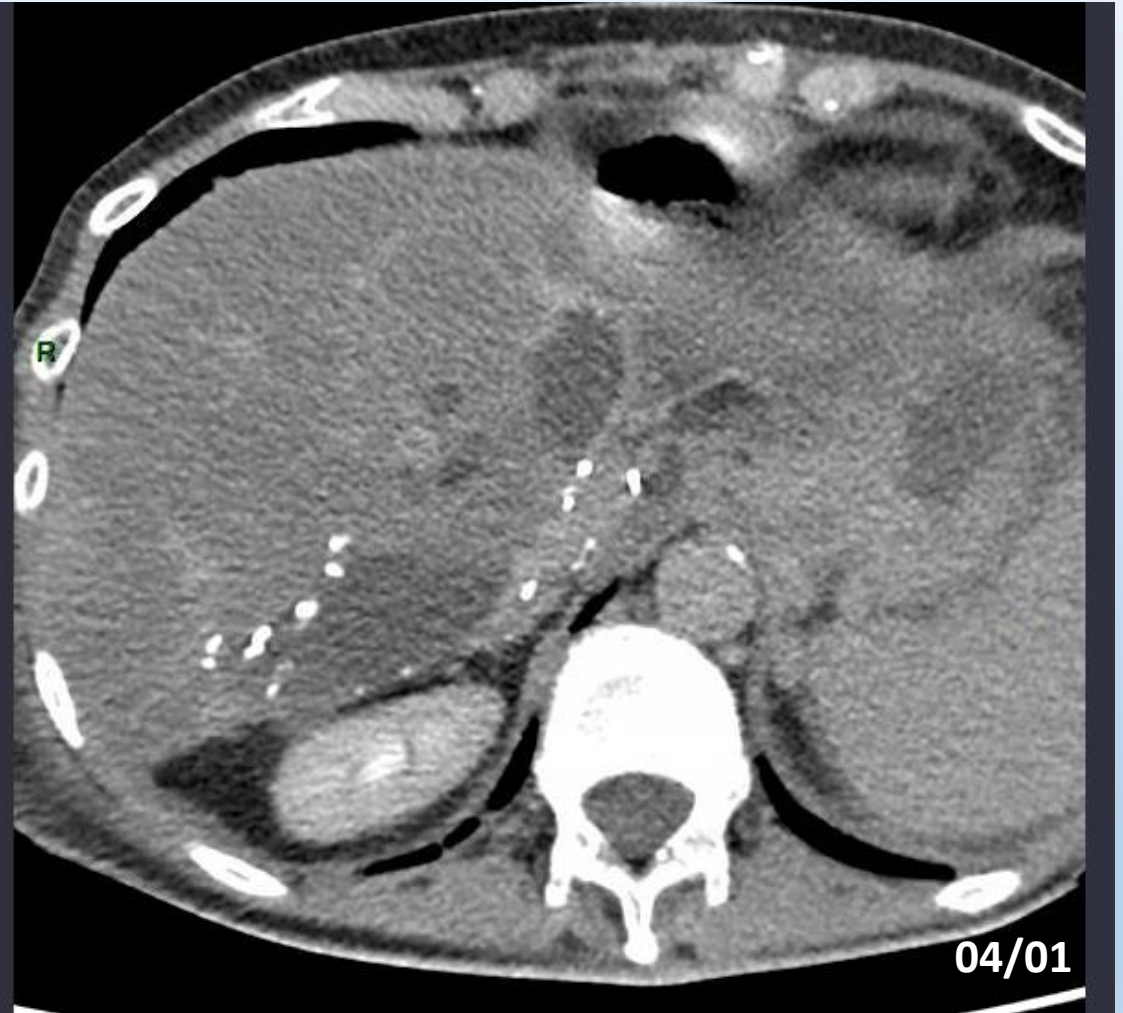
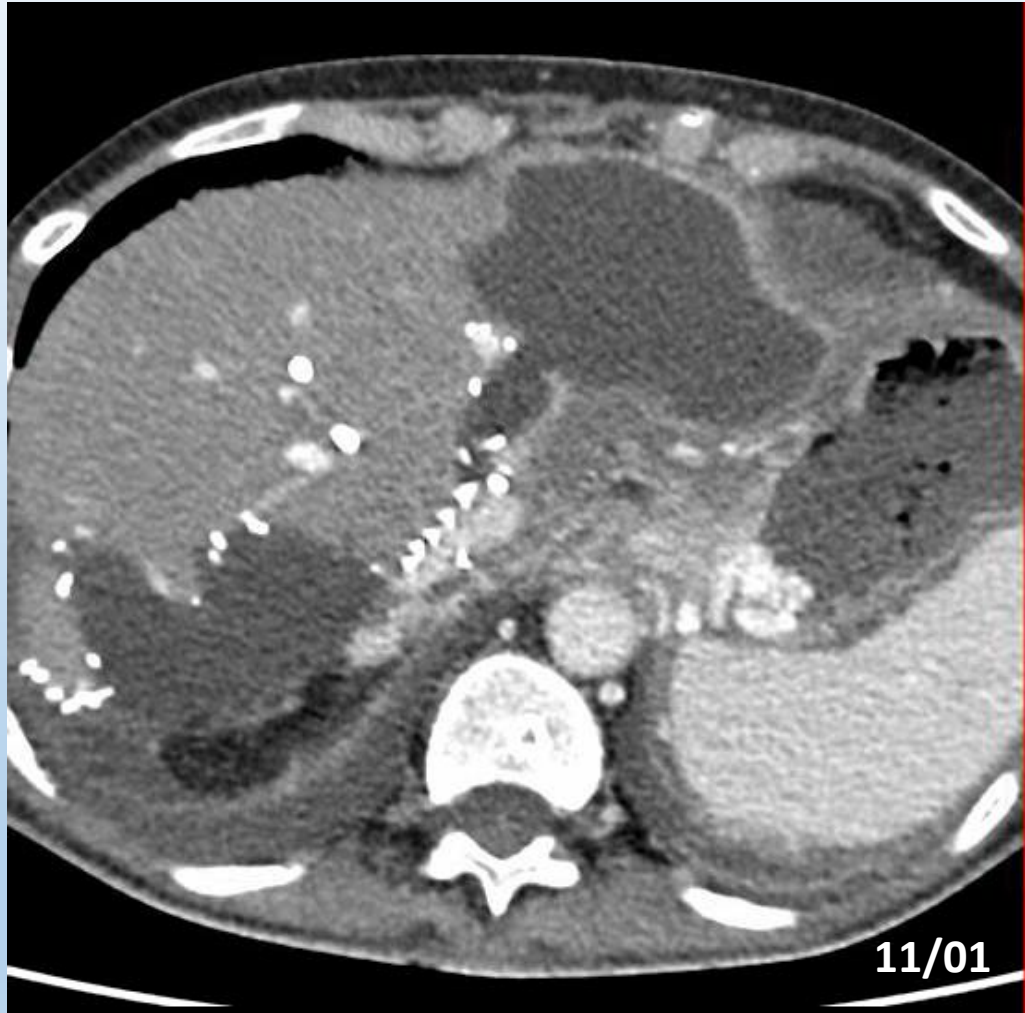
Wedge SVI et lobectomie G

Foie et vésicule/voie biliaire

***VB/voies biliaire**

- cholecystectomie – lithiase
 - cholecystectomie + résection SLVb et SV + curage
- pédicule hépatique – CCK vésicule biliaire**
- duodéno-pancréatectomie céphalique (Whipple) –
- cancer VBP 1/3 moyen et 1/3 distal**
- Hépatectomie D/G élargi – 1/3 proximal VBP
 - Hépatectomie – CCK intra-hépatique en fonction de localisation

Vésicule/voie biliaire



Bilome/Péritonite biliaire

Pancréas

Cancer

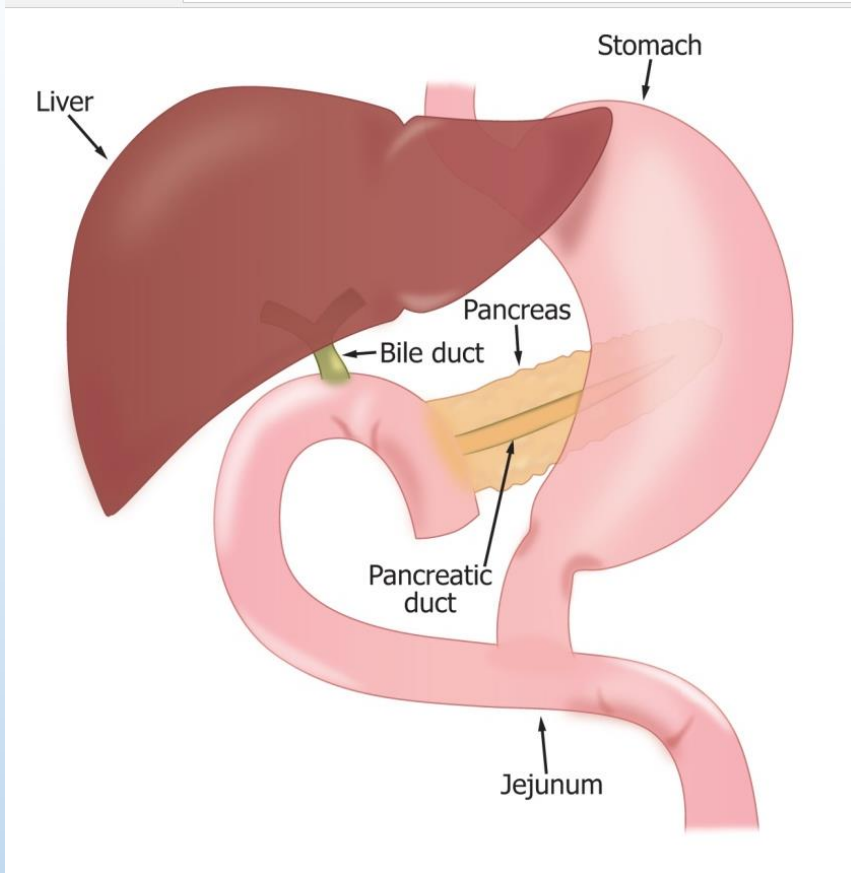
- **pancréatectomie D – duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC/Whipple)**
- **pancréatectomie G +/- splénectomie**
- **pancréatectomie totale**

Pancréatite chronique – dérivation double courant/switch duodénal

Enucléation d'une lésion si localisation antérieure sans contact avec le canal pancréatique principal

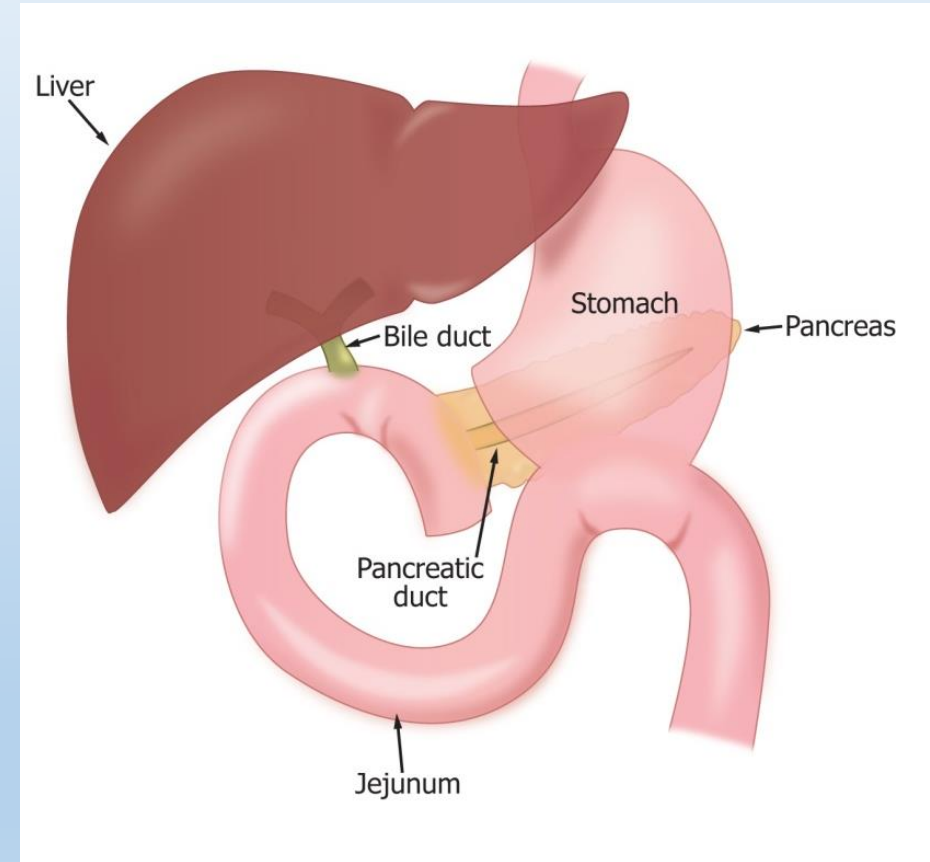
Pancréas

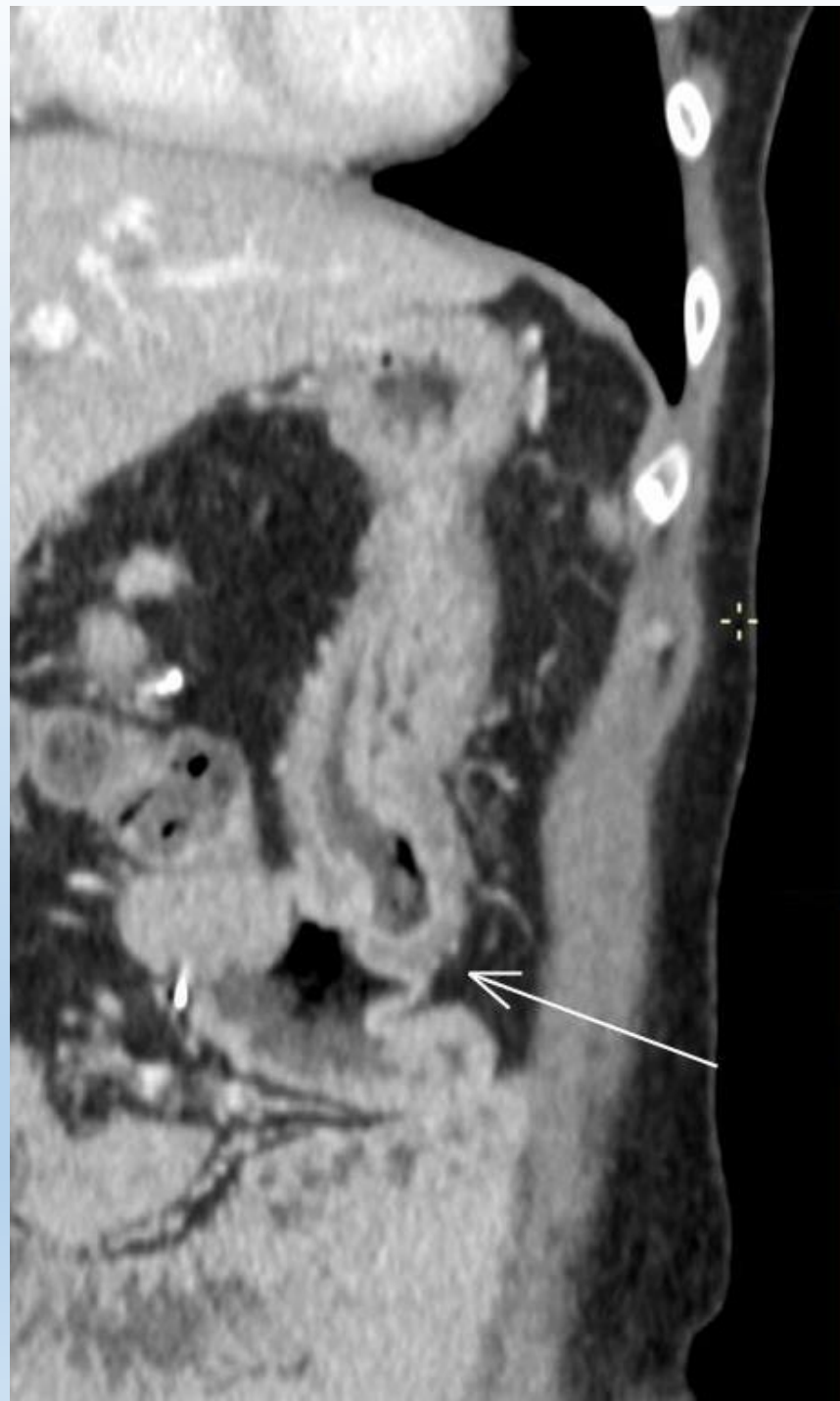
Résection duodéno-pancréatique+/- gastrectomie partielle
Résection de la VBP 2/3 distaux



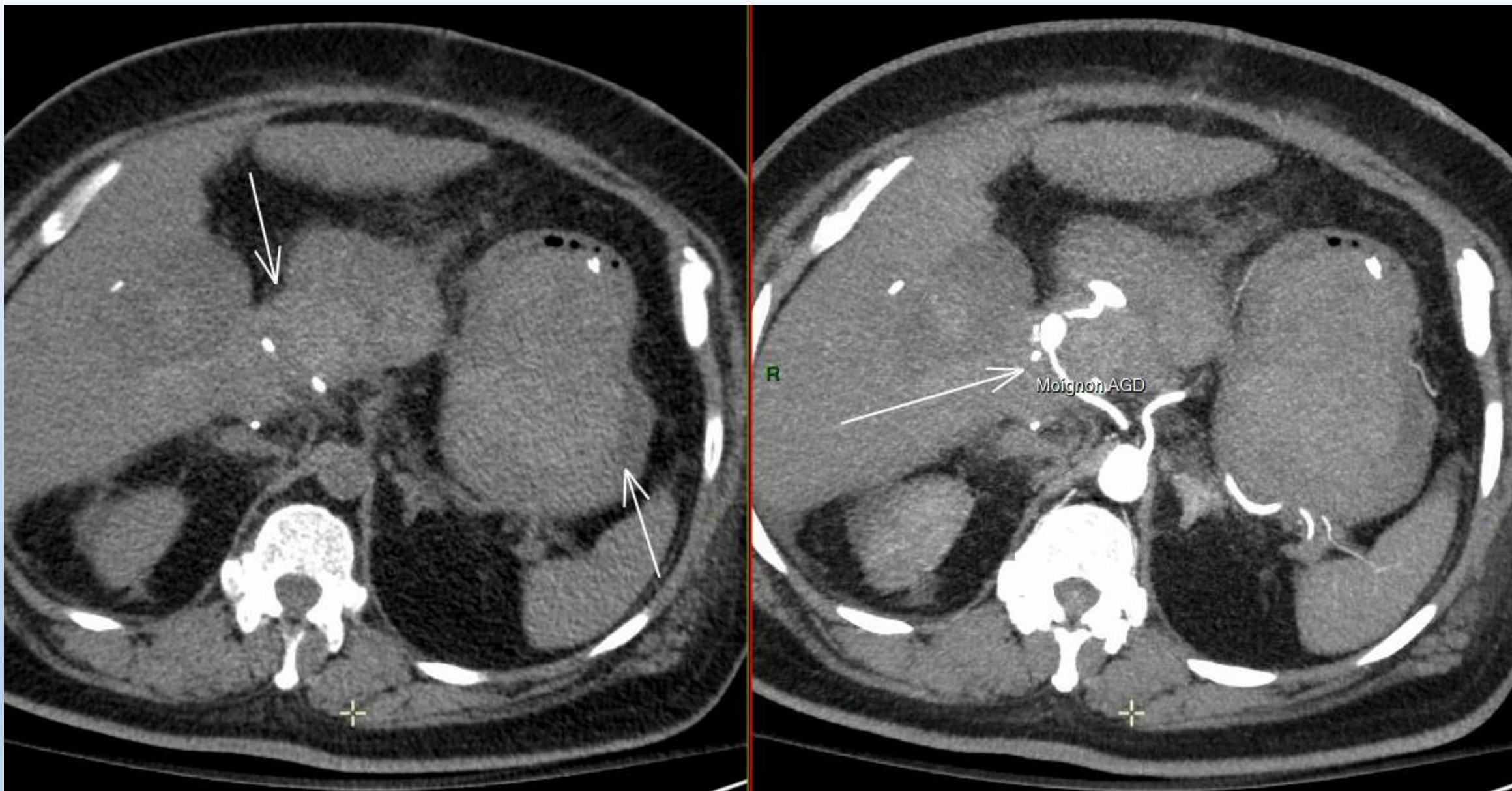
Reconstruction

- * voie alimentaire anastomose gastro-jejune avec anse en omega/Roux**
- voie bilio-pancréatique**
 - anastomose bilio-jejunale**
 - anastomose pancréatico-jéjunale/pancréatico-gastrique**



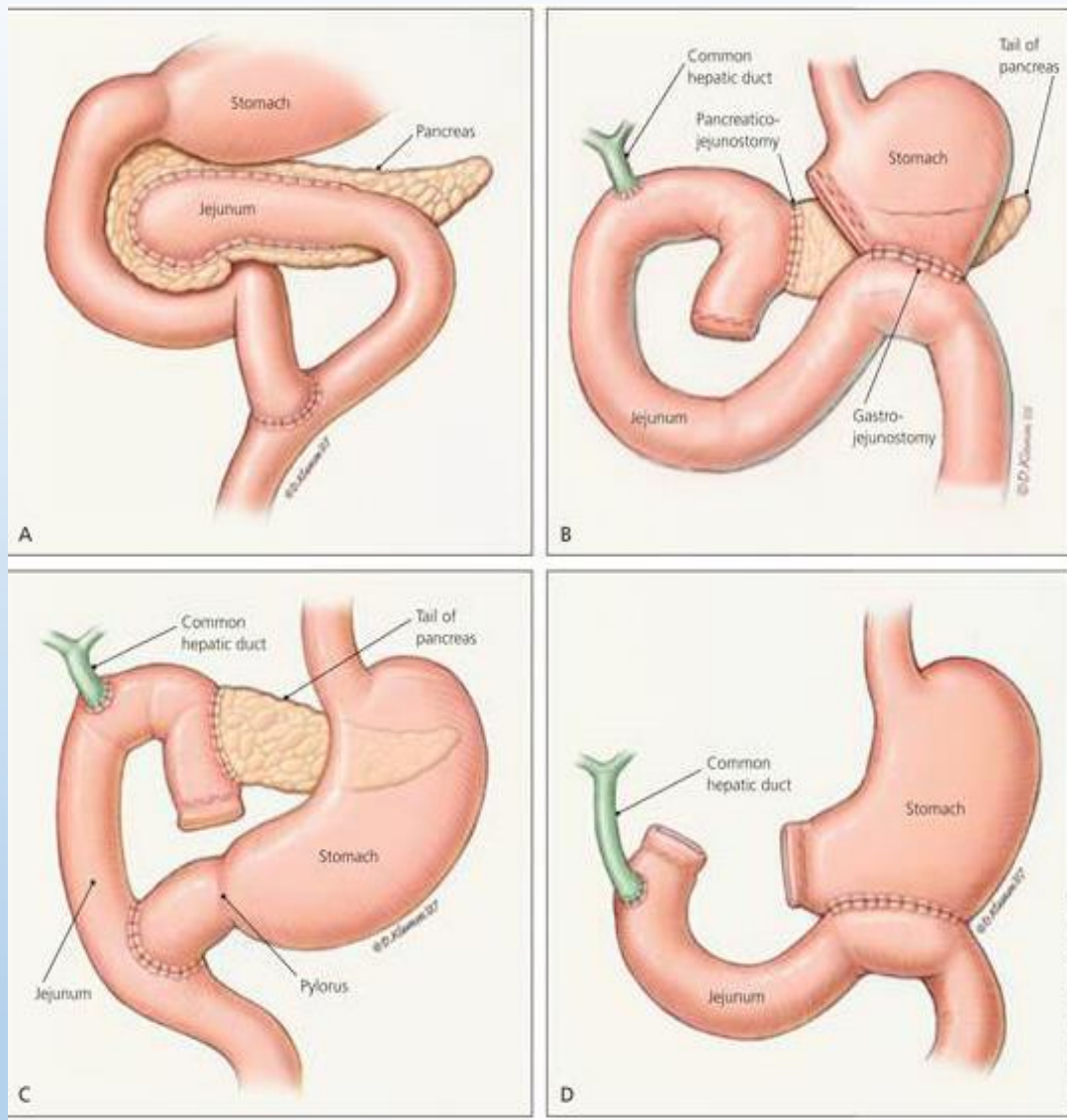






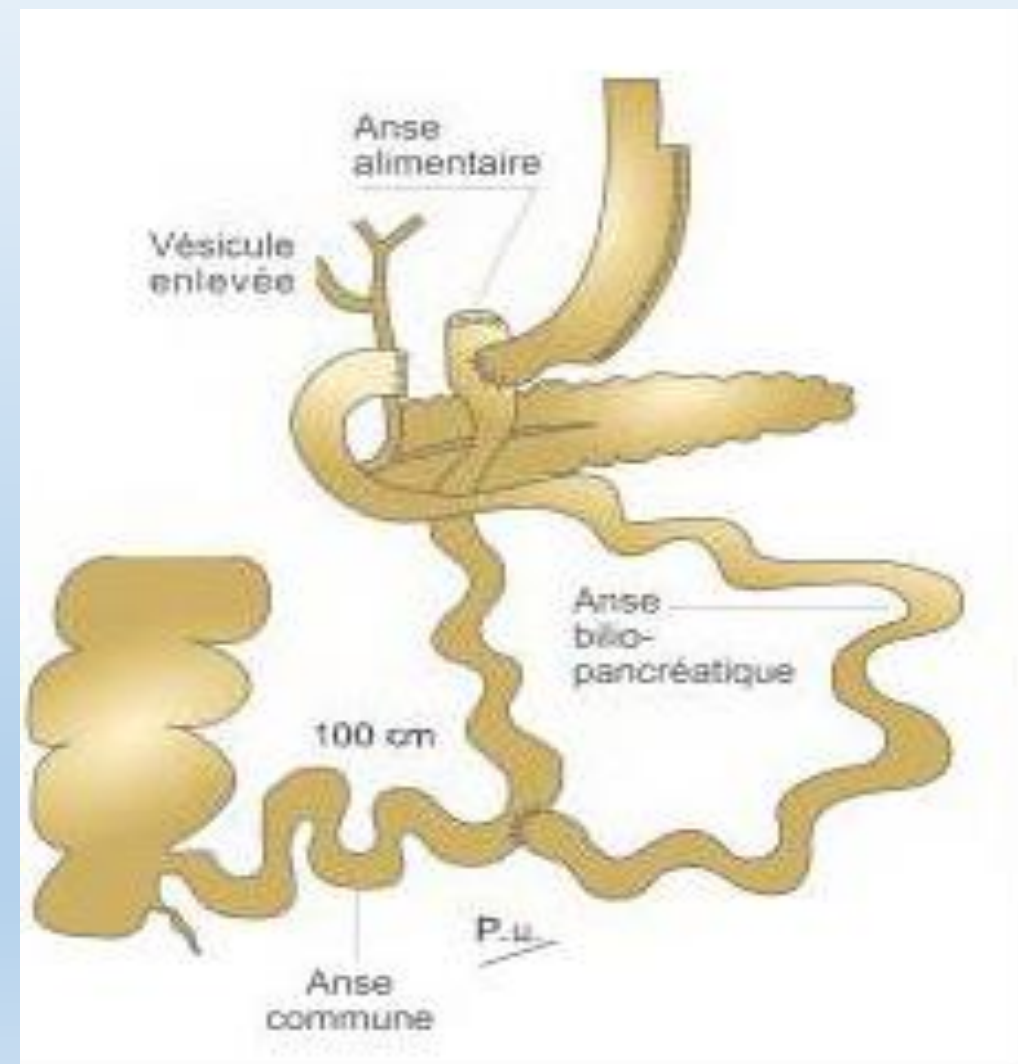
Saignement artériel



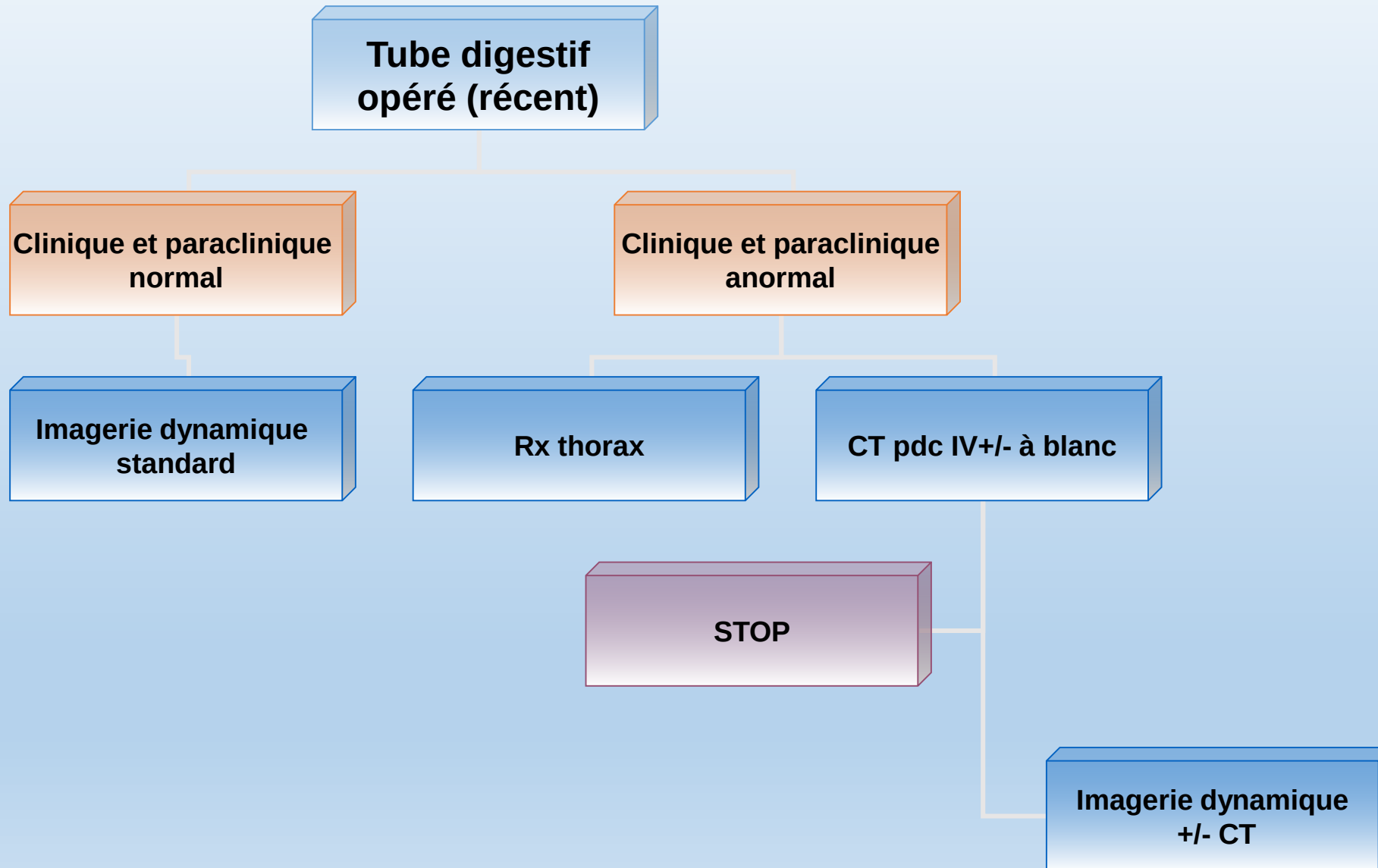


Whipple variantes

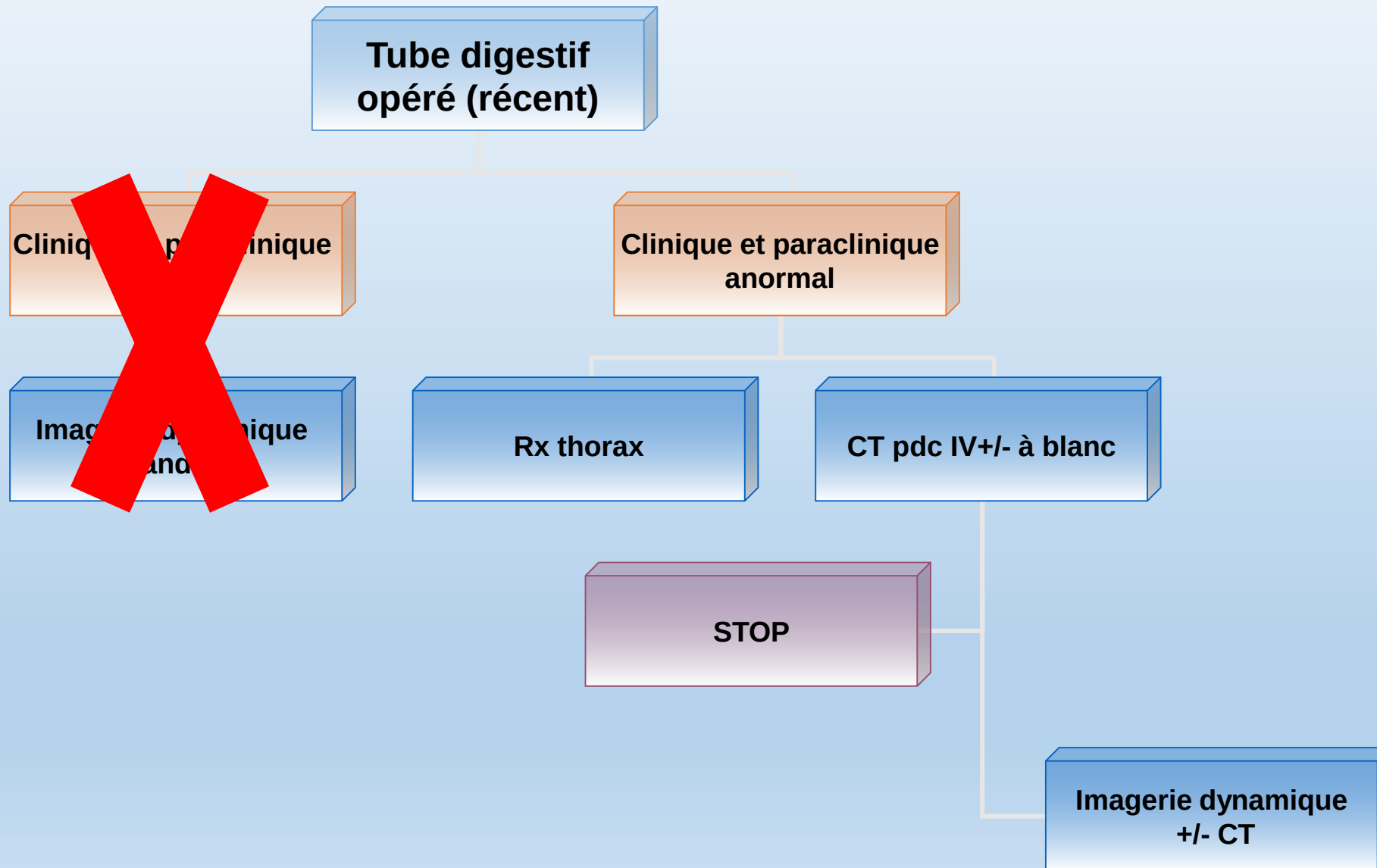
Switch duodéal



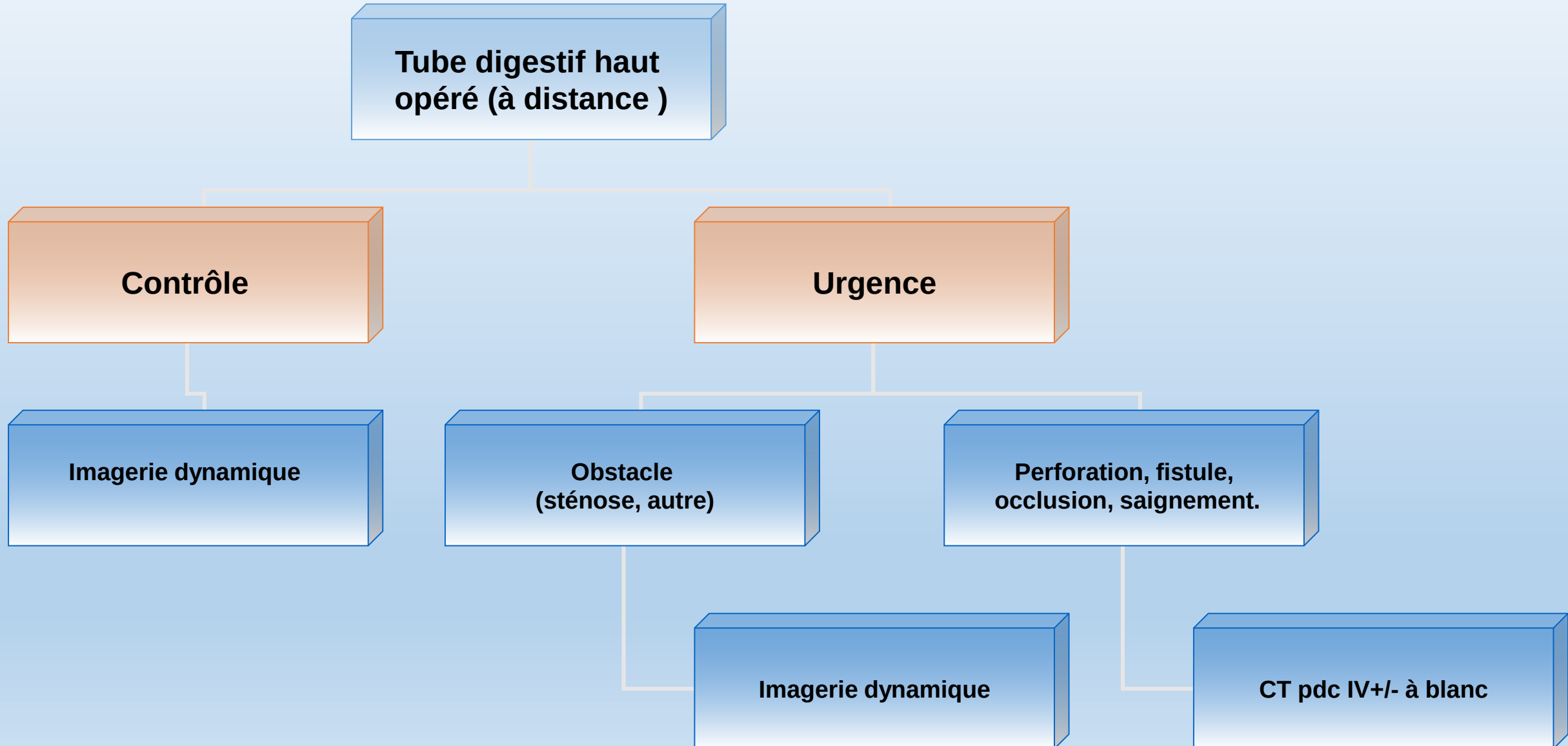
Algorithme de l'examen



Algorithme de l'examen de l'examen



Algorithme de l'examen



Tube digestif haut

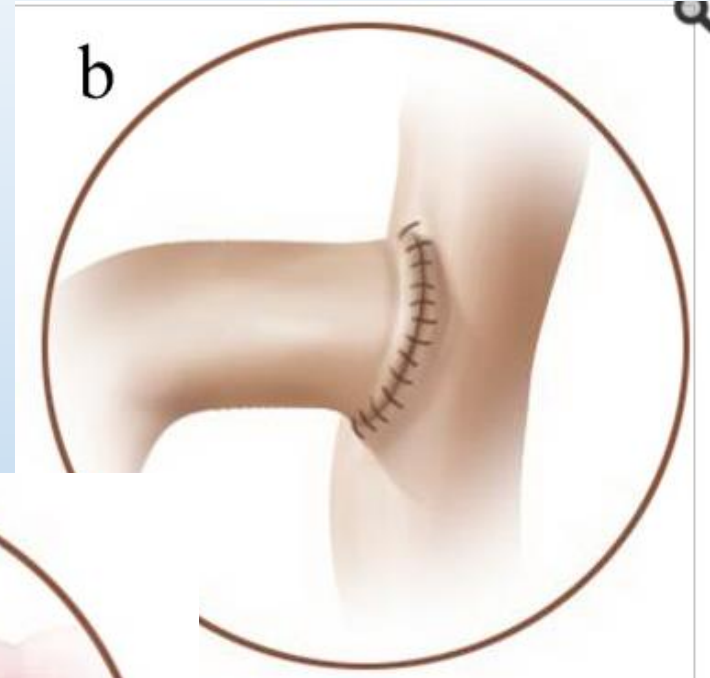
Type de chirurgie

- * Segment du tube digestif**
- * Type d'anastomose :**
 - °mécanique ou manuelle**
 - °termino-terminale/termino-latérale/latéro-latérale**
- * sans ou avec réservoir en J**
- °distance par rapport bouche Kilian/l'angle de Treitz/ valvule iléo-caecale**

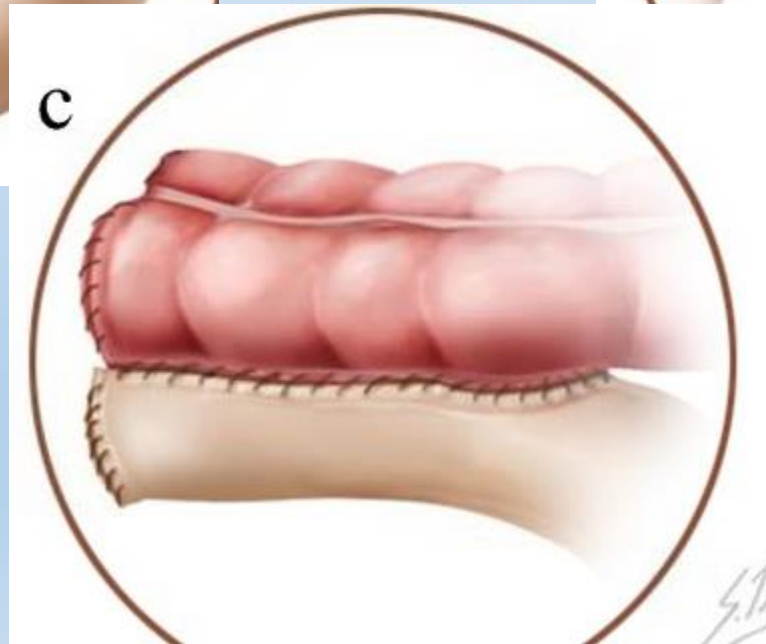
Type d'anastomose



T-T



T-L



L-L

Chirurgie ORL – laryngectomie ou Diverticule Zencker

Produit - **Visipaque 320** (chir. récente/fistule)
- **Baryté 100%**

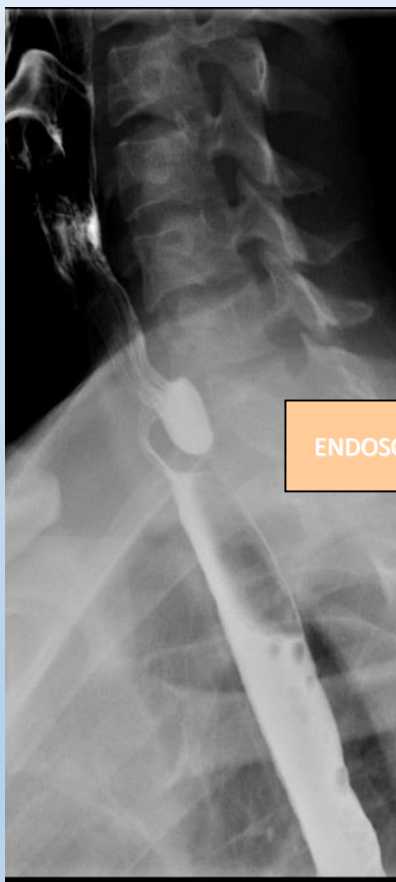
Examen : déglutition (4 images/sec)

Diverticule Zencker

- **Endoscopie : myotomie du crycopharingien par section-électrocoagulation, laser ou agrafage et section mécanique.**
- **Chirurgie: cervicotomie latérale - myotomie du crycopharingien et résection du diverticule ou diverticulopexie.**

Diverticule Zenker

post-résection endoscopique



ENDOSCOPIE

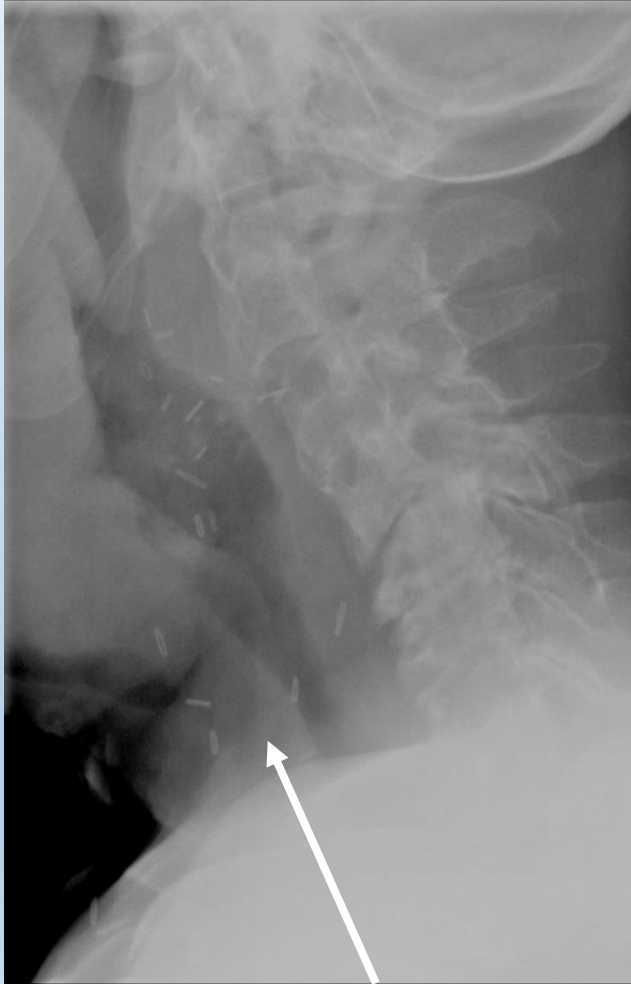


pré-résection

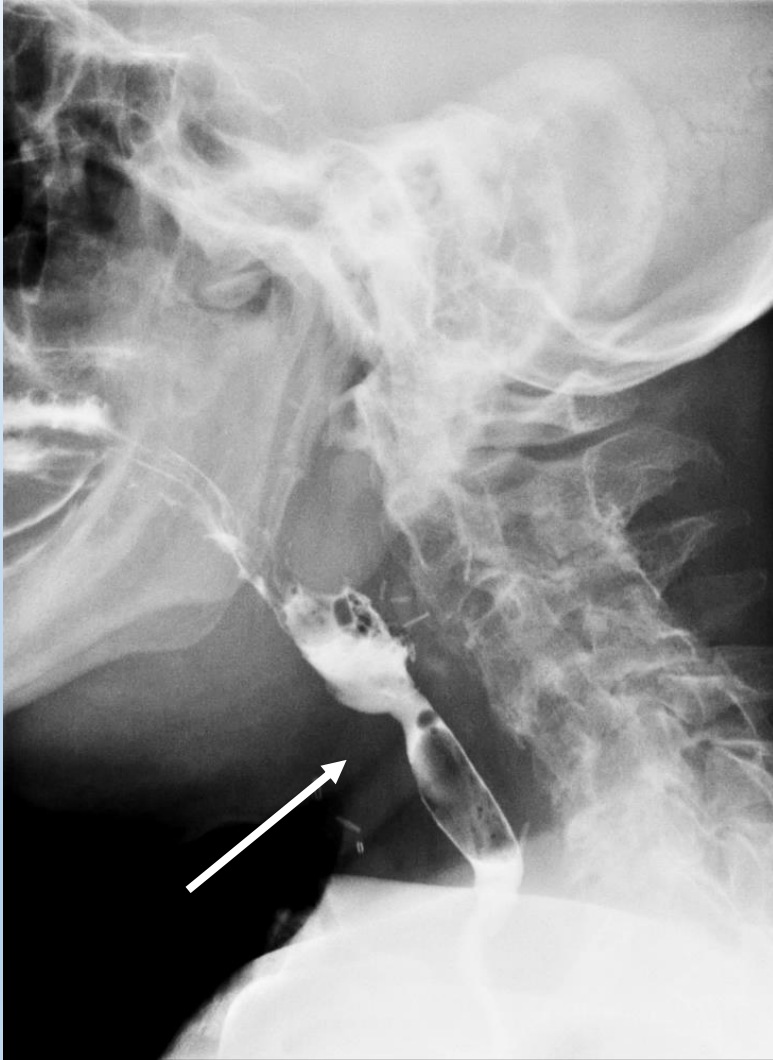
J7

J9

Chirurgie ORL récente laryngectomie



Chirurgie ORL – à distance



Œsophage

► Type de chirurgie

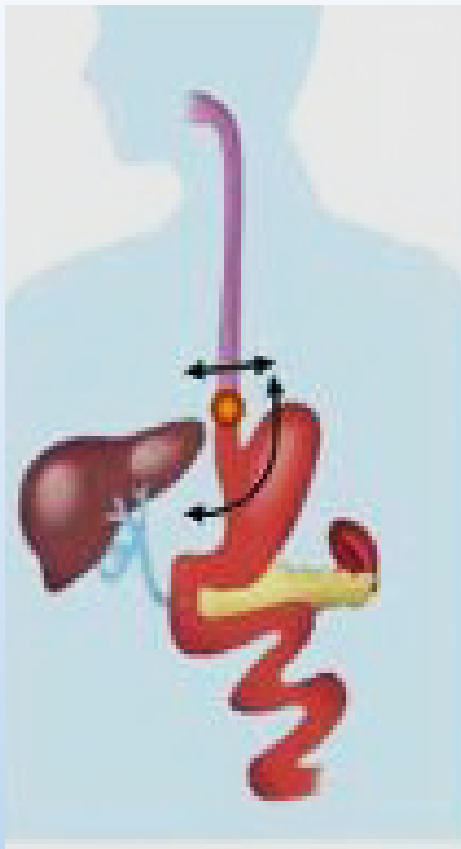
Oesophagectomie

A. Résection

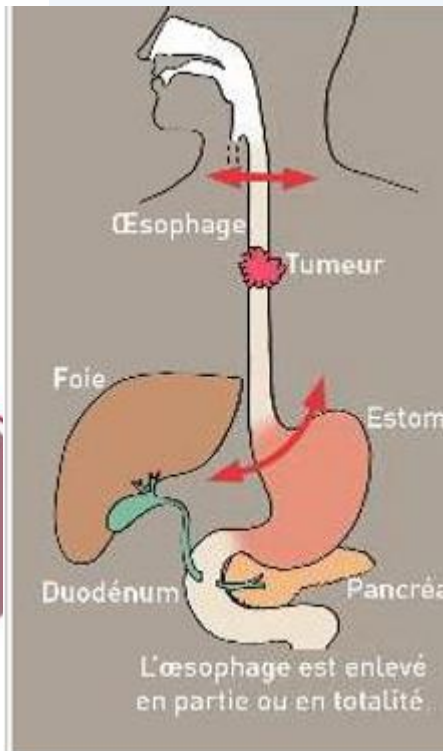
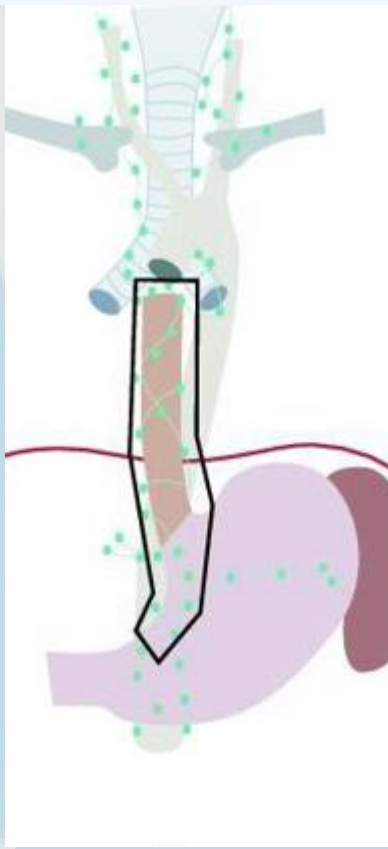
- partielle,
- totale.

B. Reconstruction (plastie)

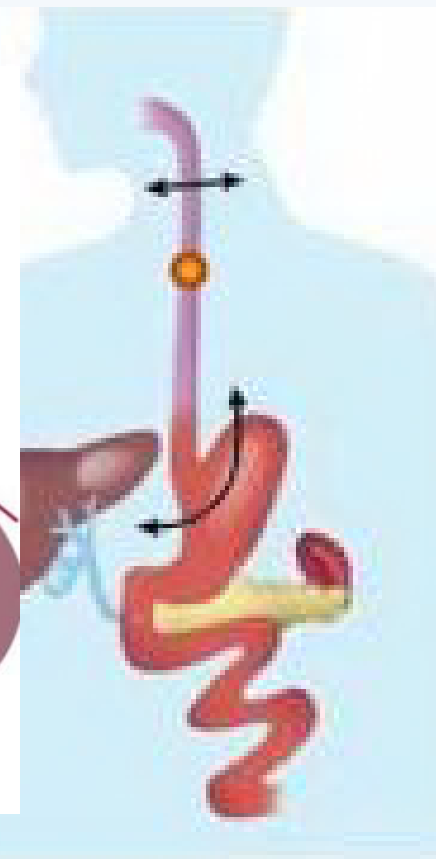
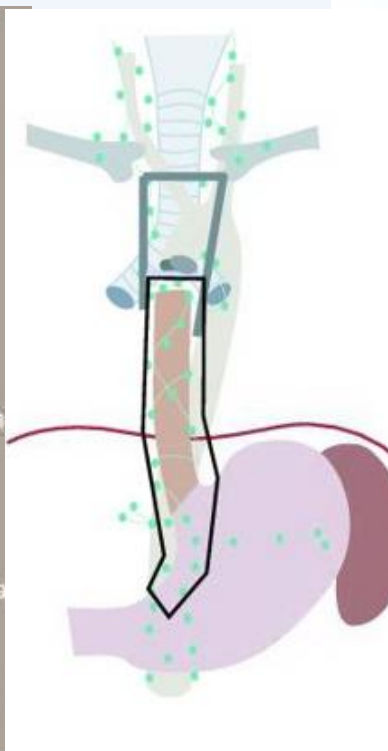
- type,
- localisation,
- complication



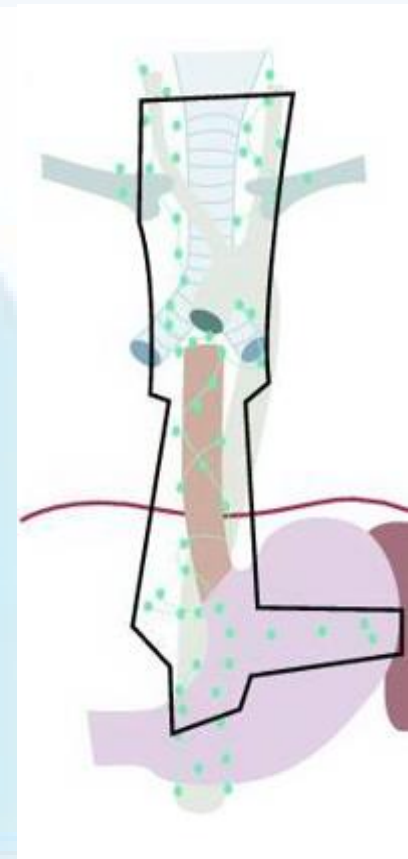
**Oesophagectomie
transthoracique (Lewis et Santy)**



**Oesophagectomie sous-totale
suscarinaire (Akiyama/Mc Keown)**

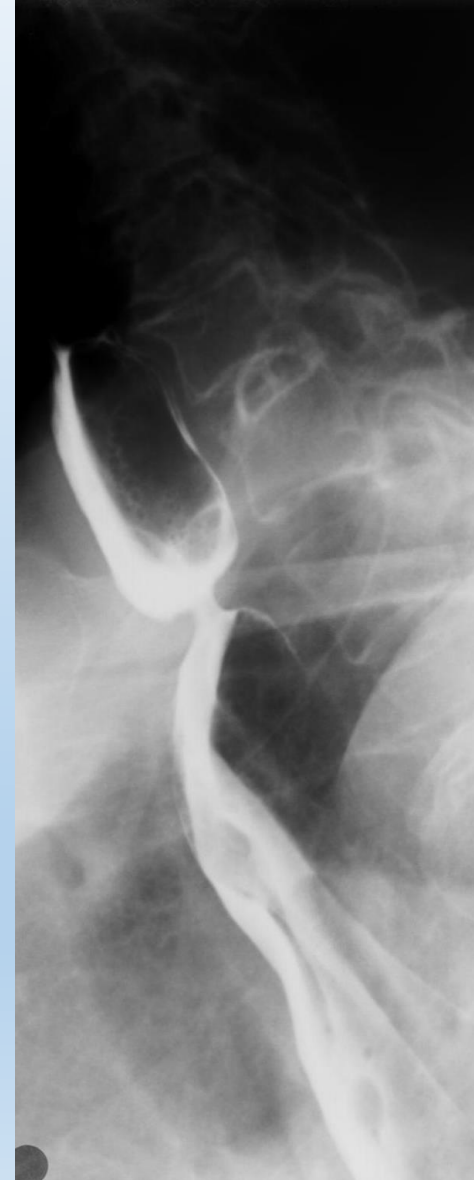


**Oesophagectomie
sans thoracotomie/ transhiatale (OST)**



Œsophage

Oesophagectomie partielle – plastie gastrique (Akiyama)



Œsophage



Œsophage

Plastie œsophagienne

-plastie: *type gastrique/colique

*position: - médiastin postérieur

- médiastin antérieur (rétro-sternale)

- pré-sternale

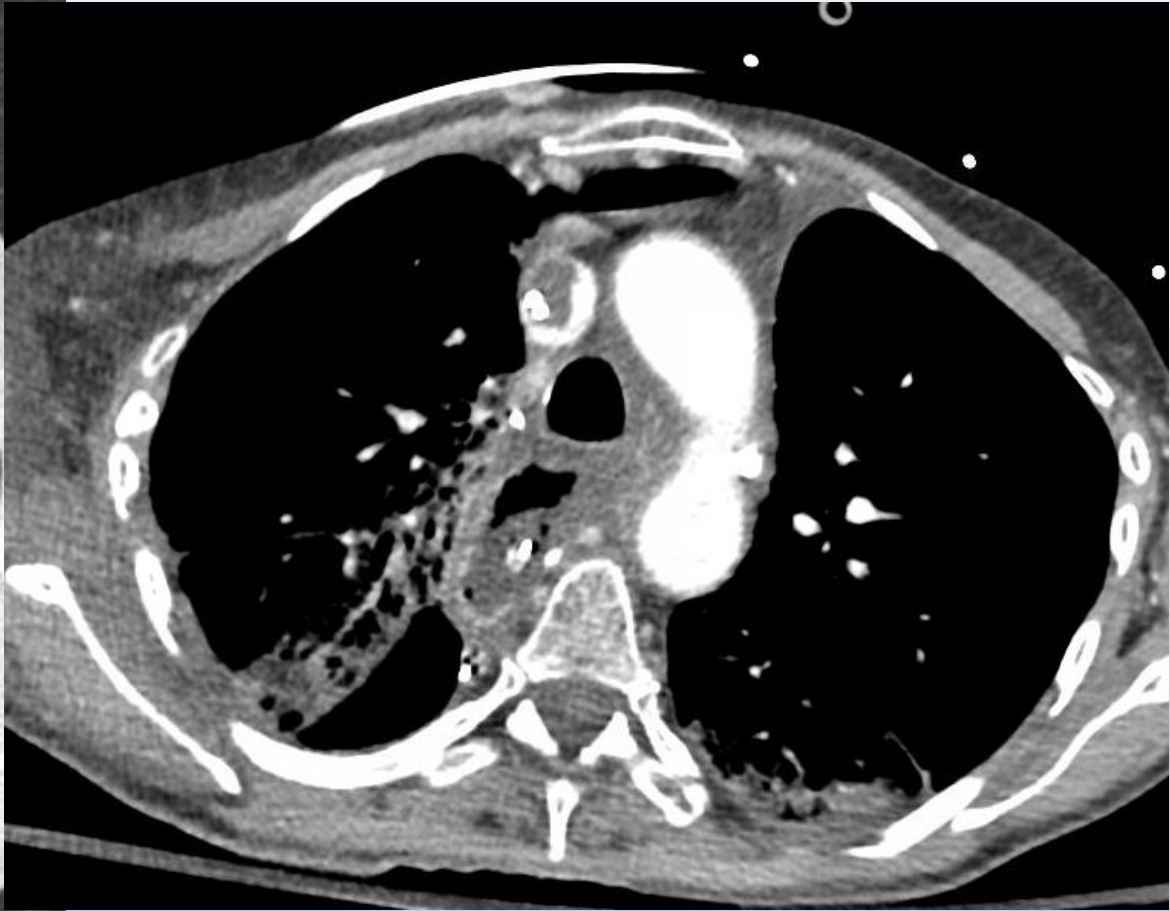
Complications Oesophagectomie

● Précoces

- fistule anastomotique**: - rare et plus grave pour Lewis-Santy
 - - plus fréquentes (moins graves) pour OST
- ischémie plastie
- lâchage suture
- saignement actif
-
- complications pulmonaires** : atélectasie, pneumopathie, SDRA (troubles de déglutitions en paralysie récurrent), pleurésie.
- chylothorax,
- autres aspécifiques: EP, pneumothorax, complications cardio-vasculaires, septicémie.

● Tardives:

- sténose anastomotique,
- RGO (Lewis-Santy),
- troubles moteurs
- récidive

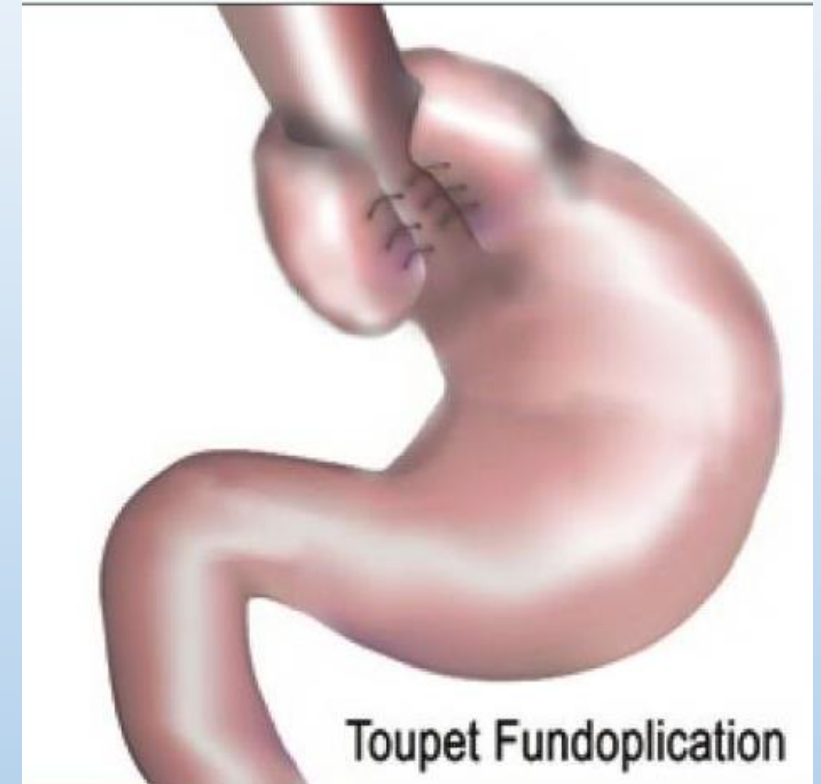
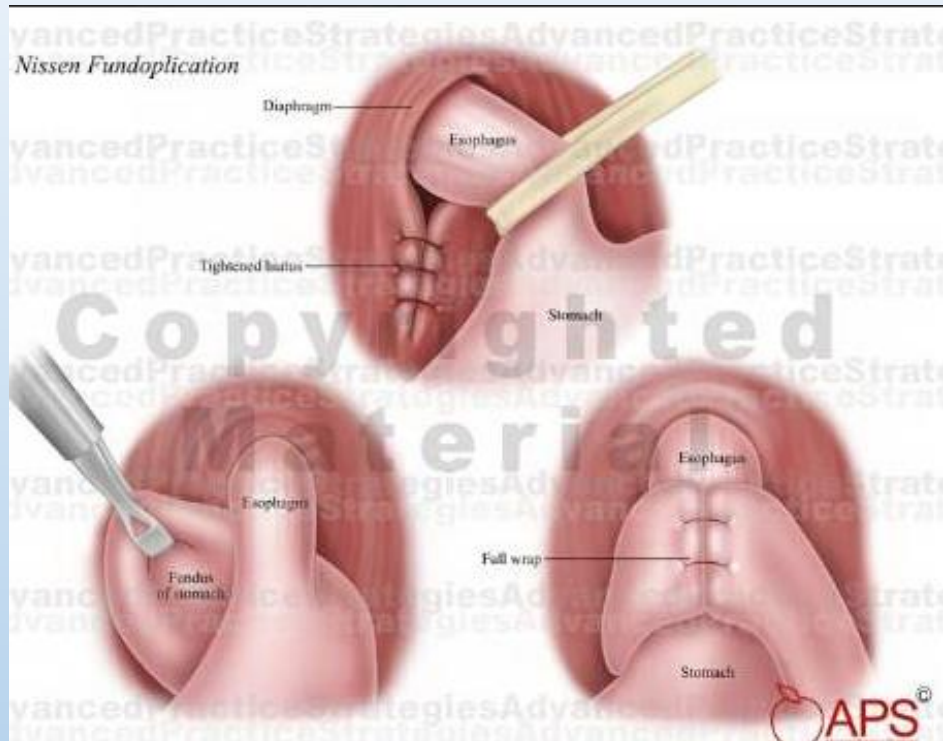






Jonction oeso-gastrique

Valve anti-reflux

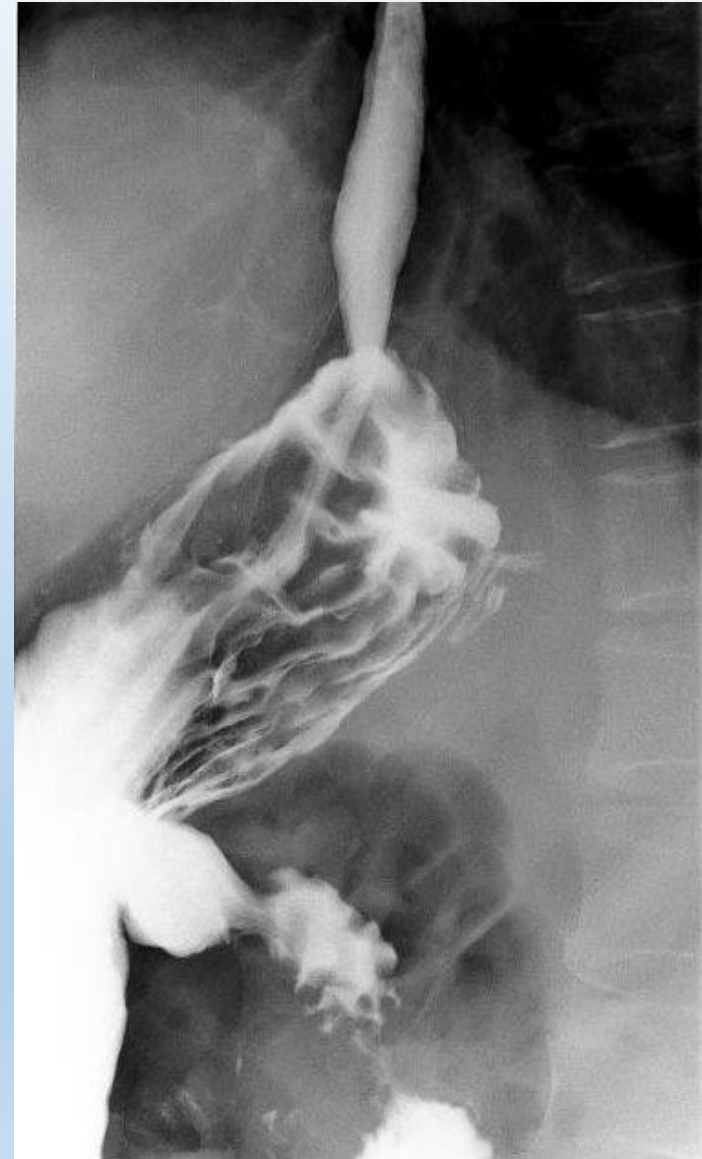


Nissen-Demester – valve anti-reflux de 360°
°intra-abdominale
°intra –thoracique

Toupet – valve anti-reflux 270°
°intra-abdominale

Jonction oeso-gastrique

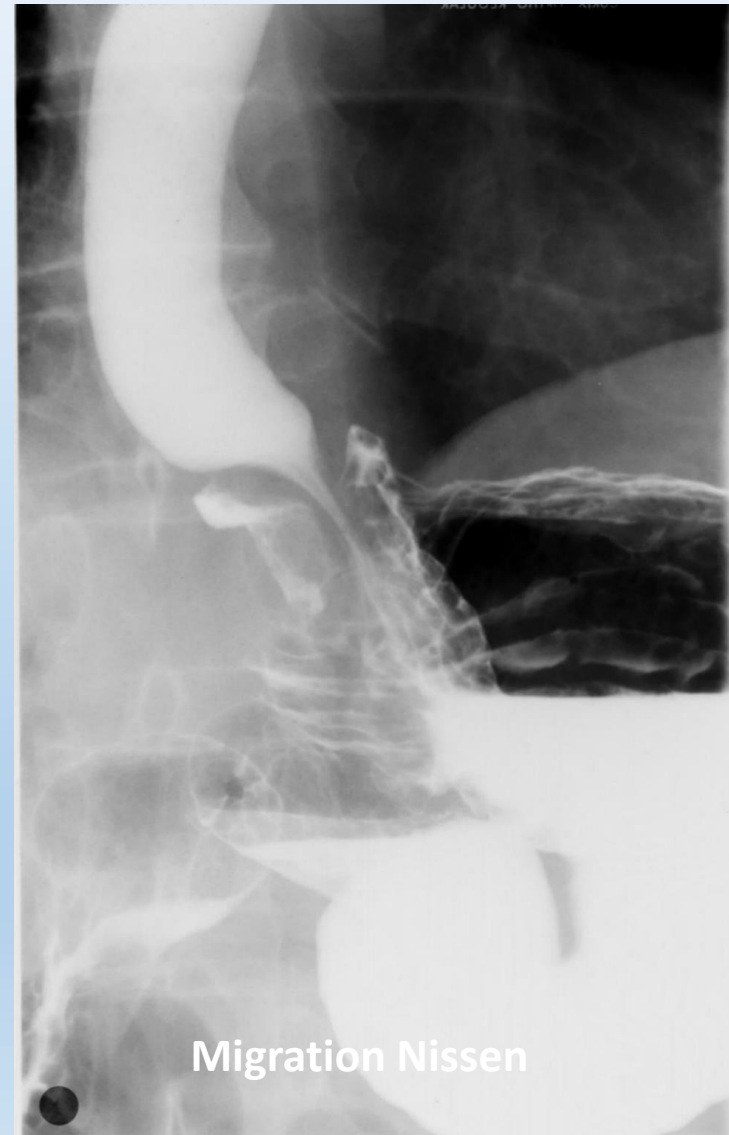
Valve anti-reflux



Nissen intra-abdominal

Jonction oeso-gastrique

Valve anti-reflux



Estomac

► Type de chirurgie

Gastrectomie

A. Résection

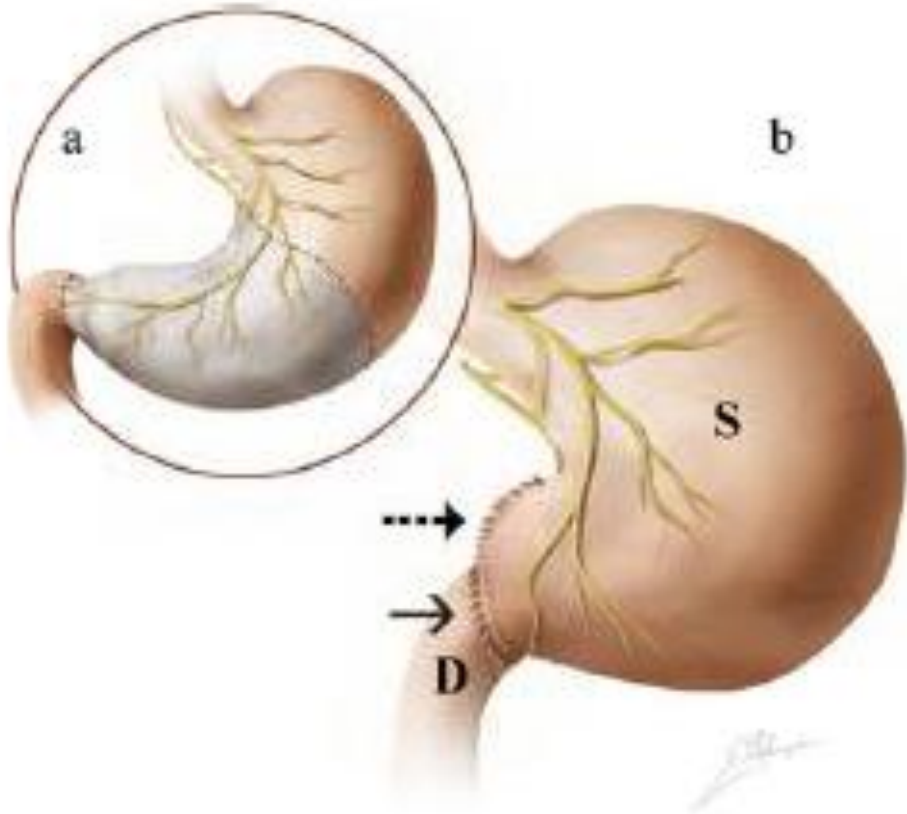
- totale,
- partielle,

B. Anastomose

- type,
- localisation,
- complication

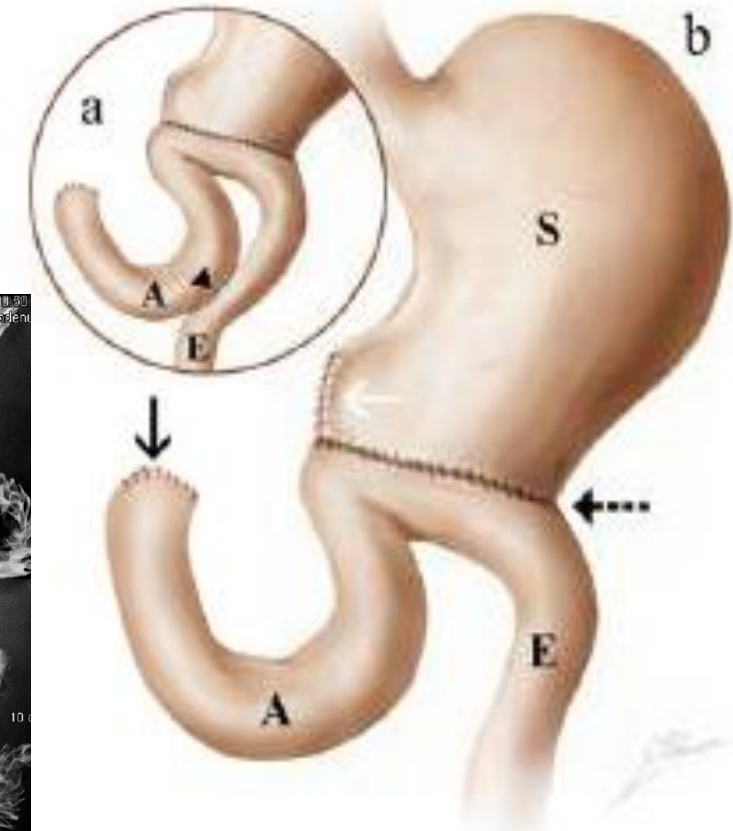
Estomac

Gastrectomie partielle



Billroth I

- antrectomie
- gastro-duodénale anastomose T-T

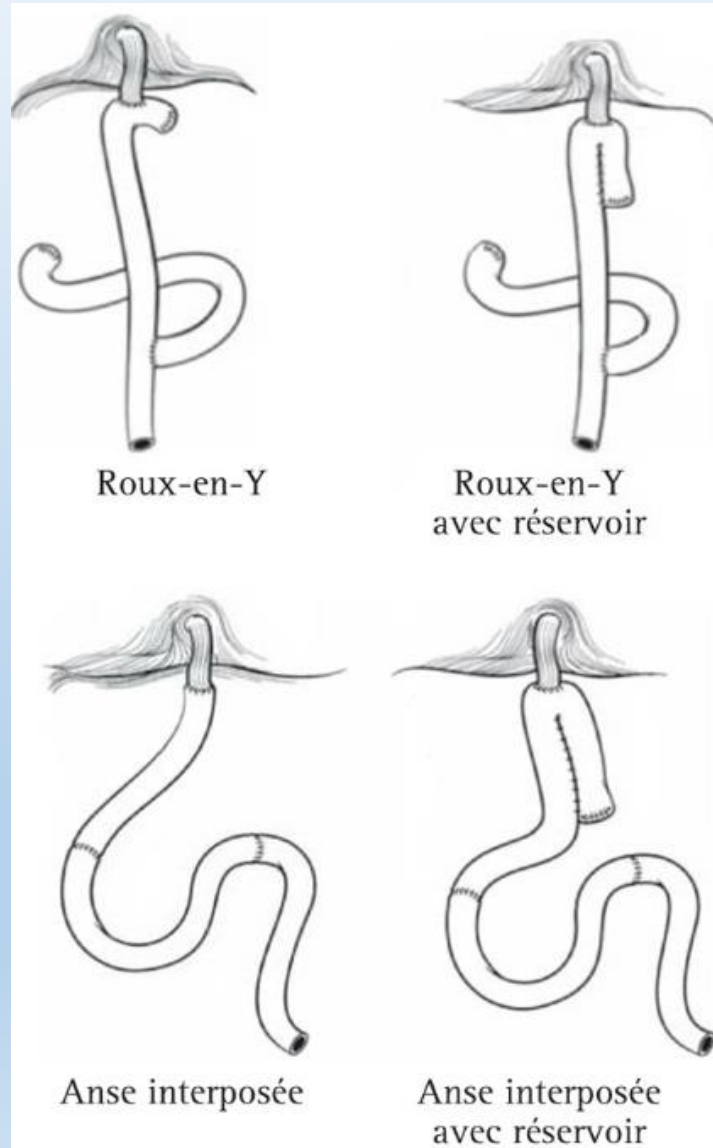


Billroth II

- gastrectomie distale
- anastomose gastro-jéjunale T-L

Estomac

Gastrectomie totale



Anastomose oeso-jéjunale avec anse en Y

Chirurgie bariatrique



Sténose anneau haut place

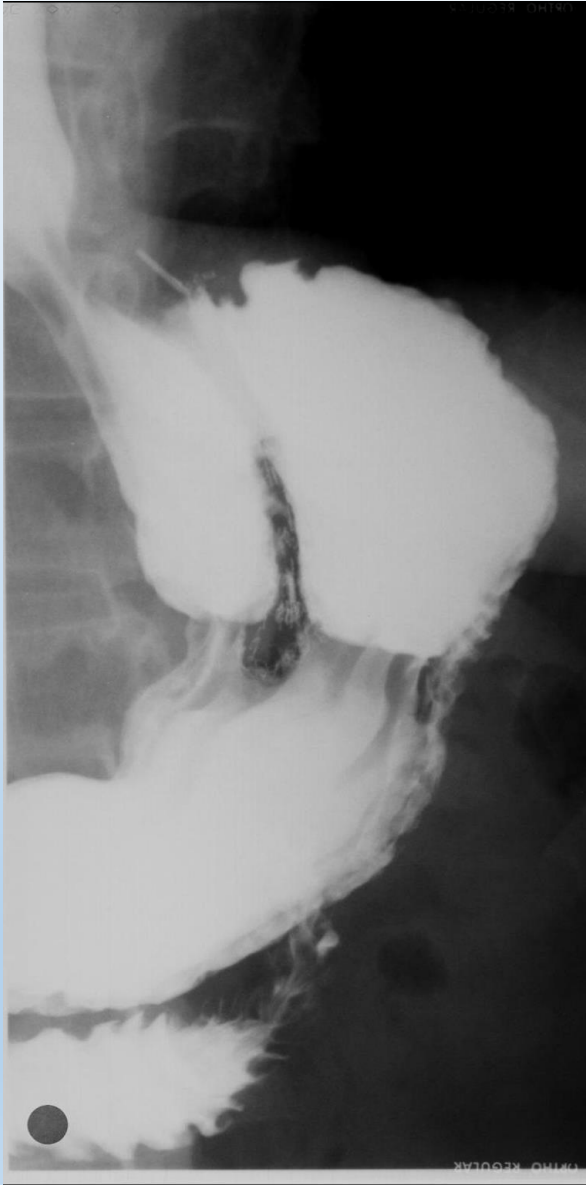


Normal



Stase dans la poche gastrique

Chirurgie bariatrique

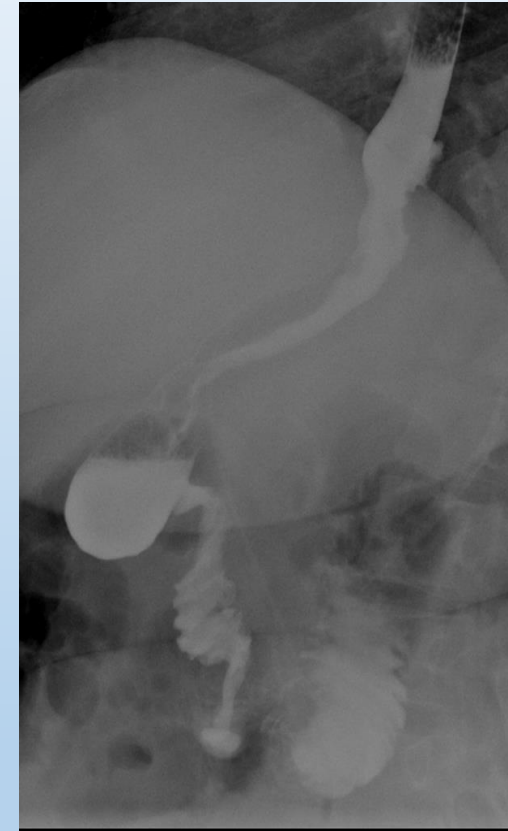


Mason déhiscence suture



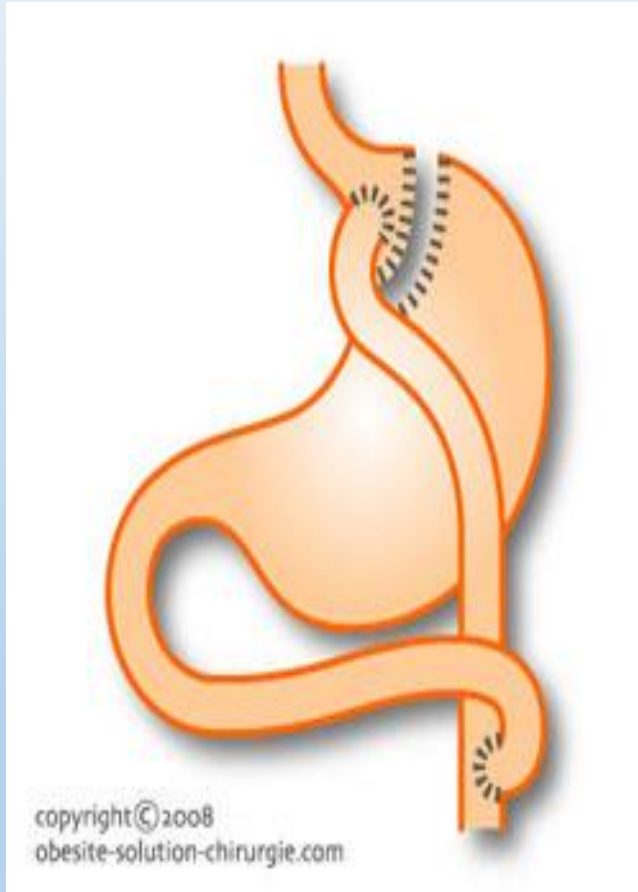
Mason normal

Chirurgie bariatrique



Sleeve gastrectomie

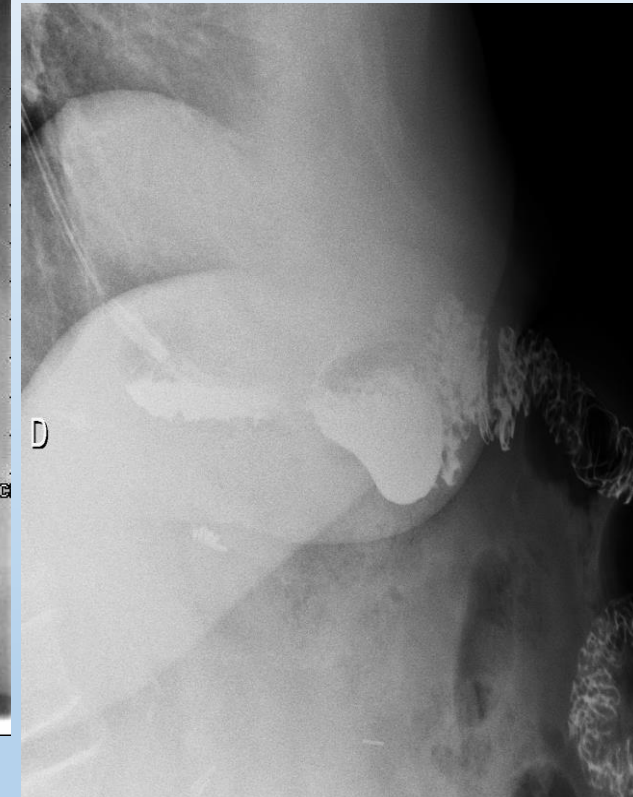
Chirurgie bariatrique



By-pass gastrique



Sténose anastomotique



Position pré-colique

Grêle +/- région iléo-caecale

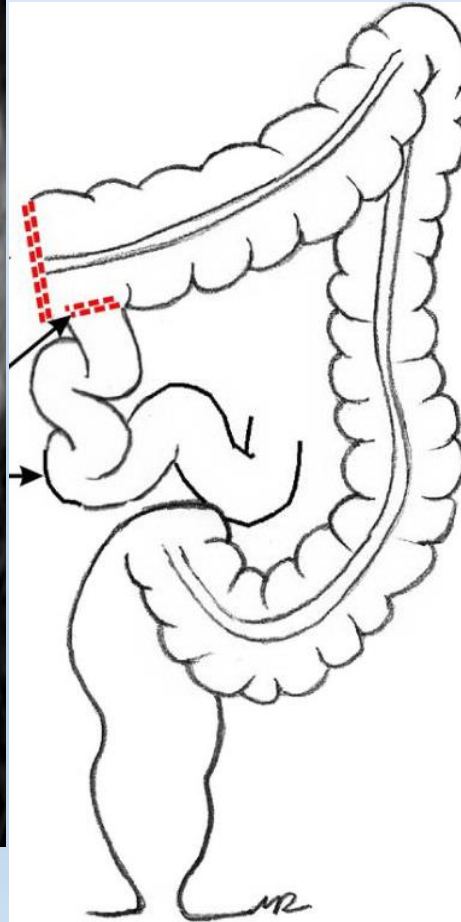
- résection grêle + anastomose grêle-grêle T – T ou L- L (manuelle/mécanique)
- résection iléo-caecale – anastomose en T (iléo-colique latéro-terminale)

Complications

- Fistule grêle post-opératoire CT avec opacification par sonde (télébrix gastro 20%), sans injection IV de pdc
- Ischémie, collection , lâchage de suture – CT.
- Fistule grêle (Crohn) – entéro IRM
- Sténose (maladie Crohn) – entéro IRM
- Occlusion CT / récidivantes – entéro CT ? (phase unique portale)



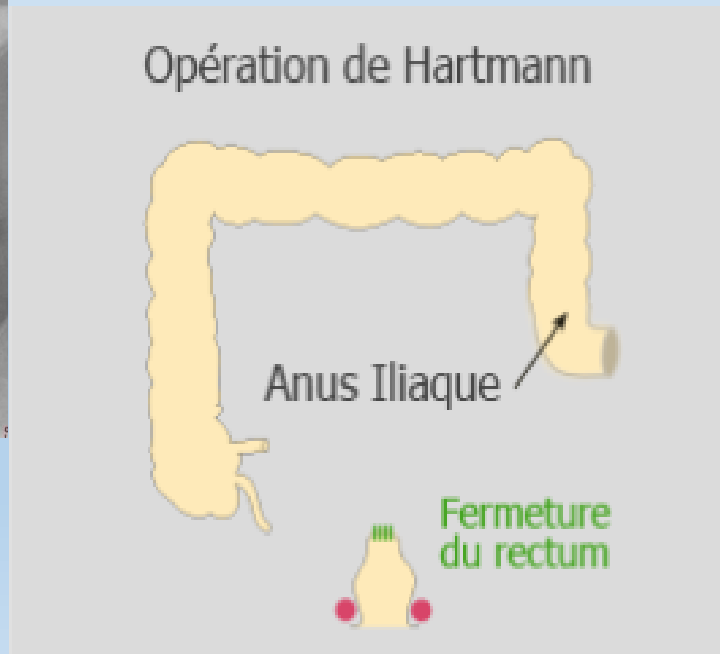
Grêle +/- région iléo-caecale



Colon

*Colectomie segmentaire avec rétablissement de la continuité :

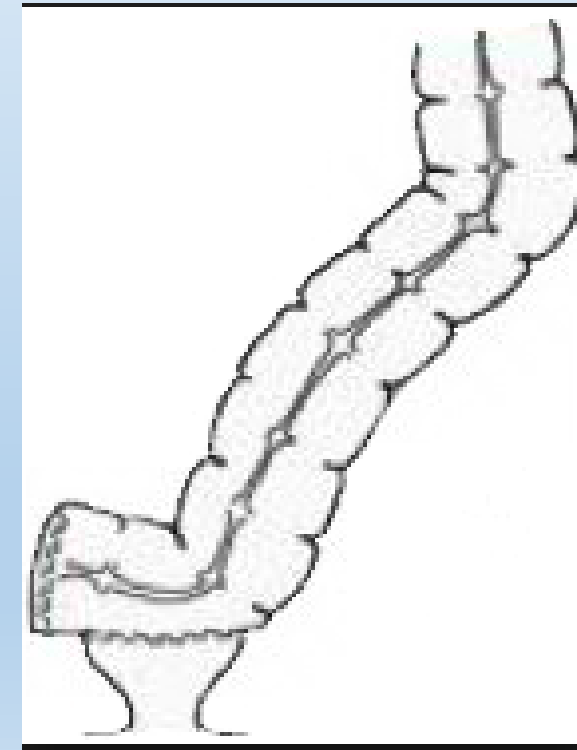
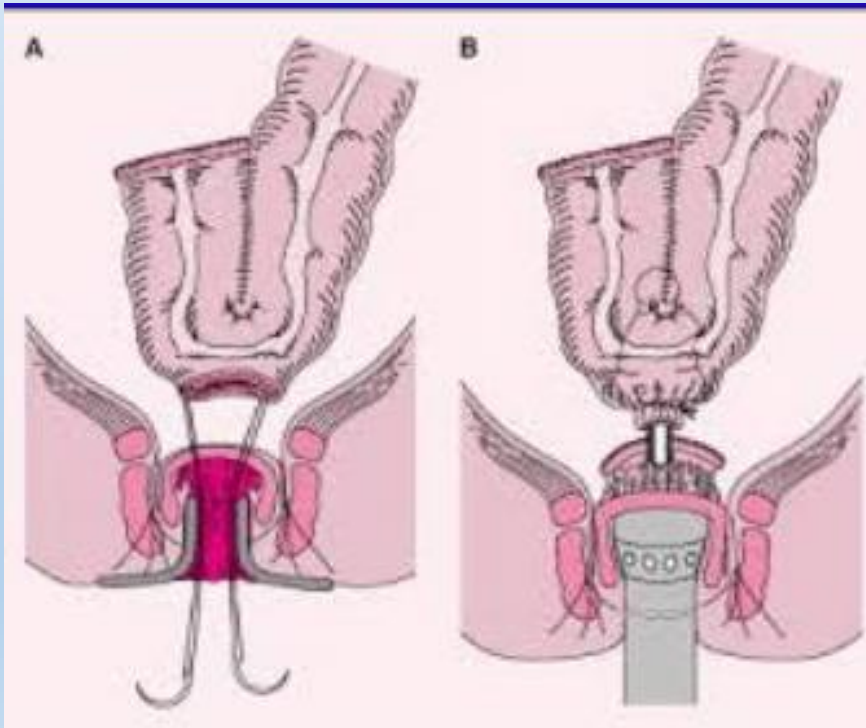
- anastomose colo-colique T-T/Iléo-colique L-T – un seul temps chirurgical
- technique Hartmann – moignon rectal /recto-sigm. et colostomie terminale (temps 1) + rétablissement de la continuité (temps 2) – diverticulite compliquée
- technique de Bouilly Volkmann –colostomie terminale et fistule muqueuse (temps 1) + rétablissement de la continuité (temps 2) – volvulus de sigmoïde



Colon/Rectum

- Colectomie (D/G ou totale) ou résection rectum

- anastomose iléo-colique
- anastomose ° colo-rectale/iléo-rectale T-T /L-T sans ou avec réservoir en J
 - ° colo-anale/iléo-anale T-T sans ou avec réservoir en J

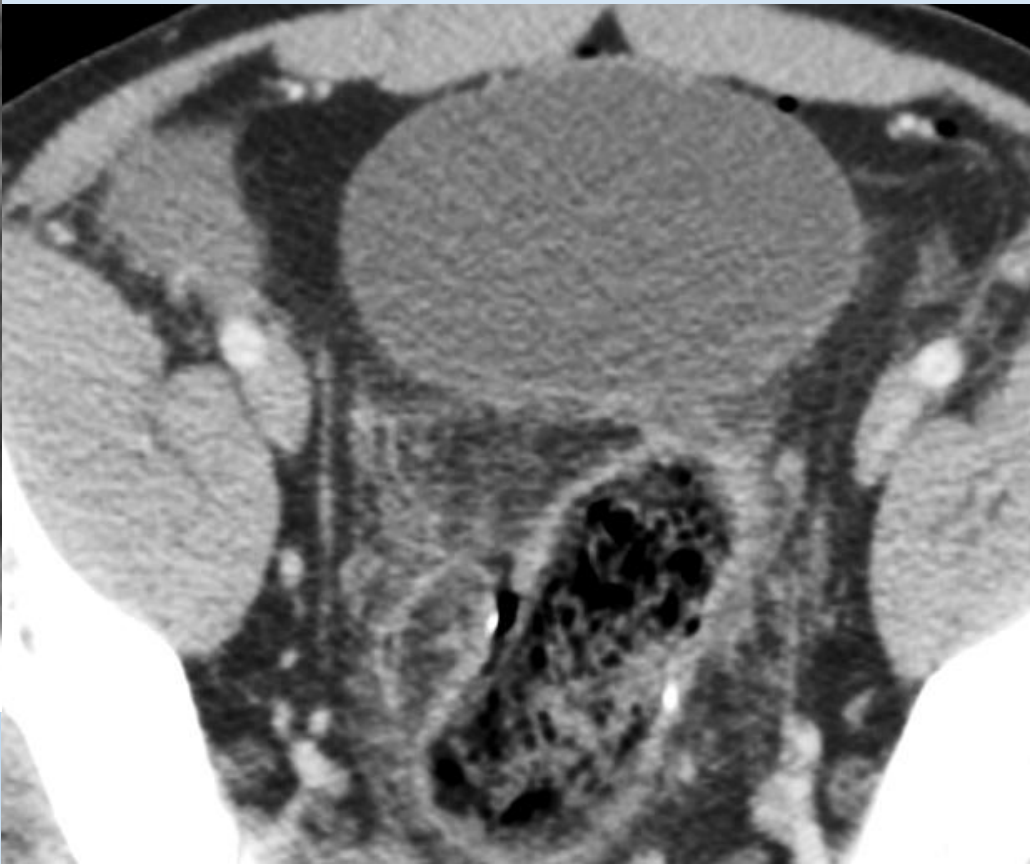
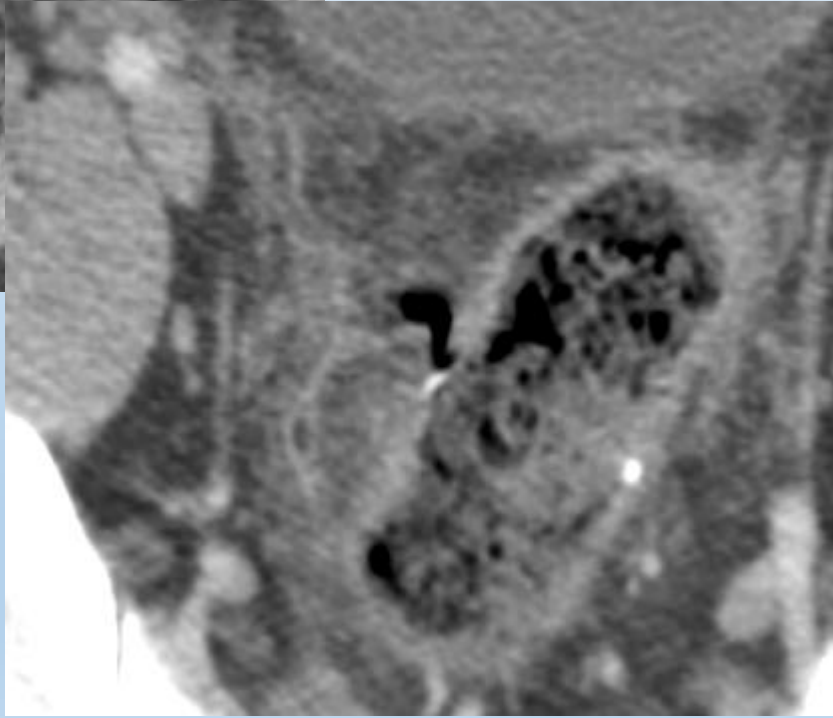
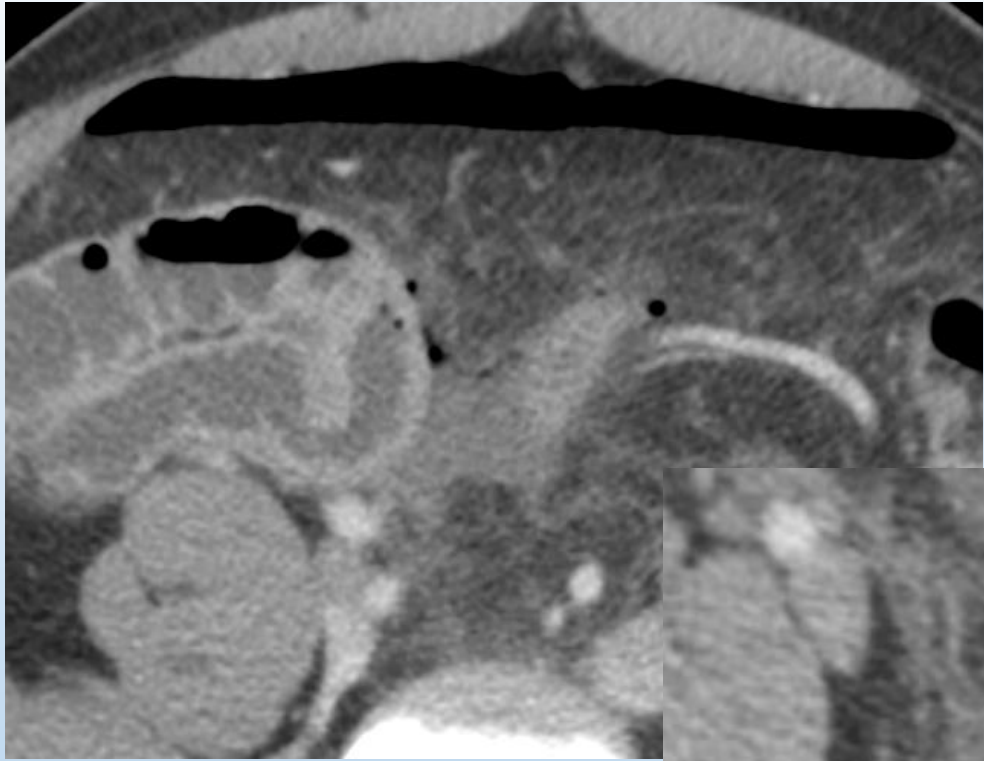


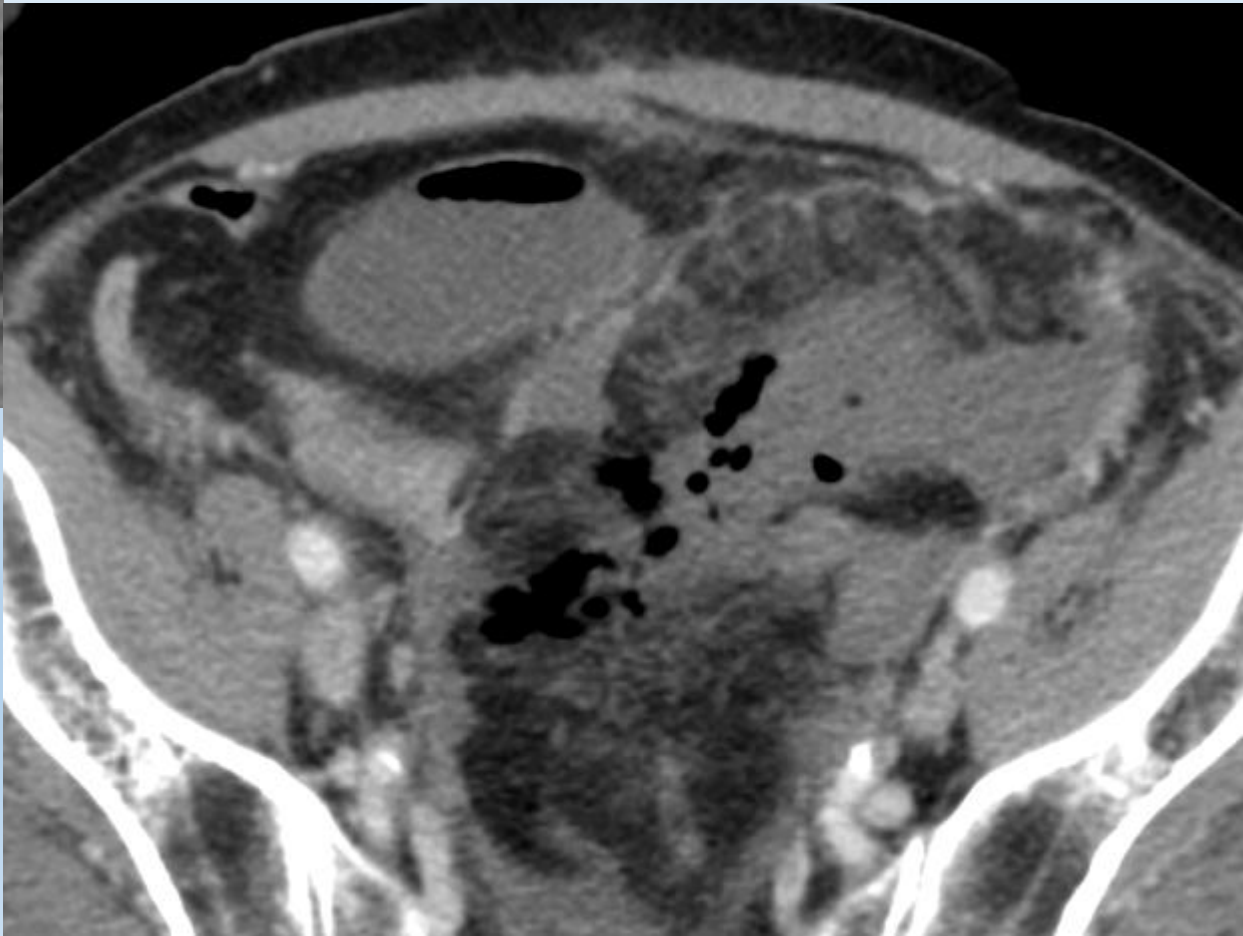


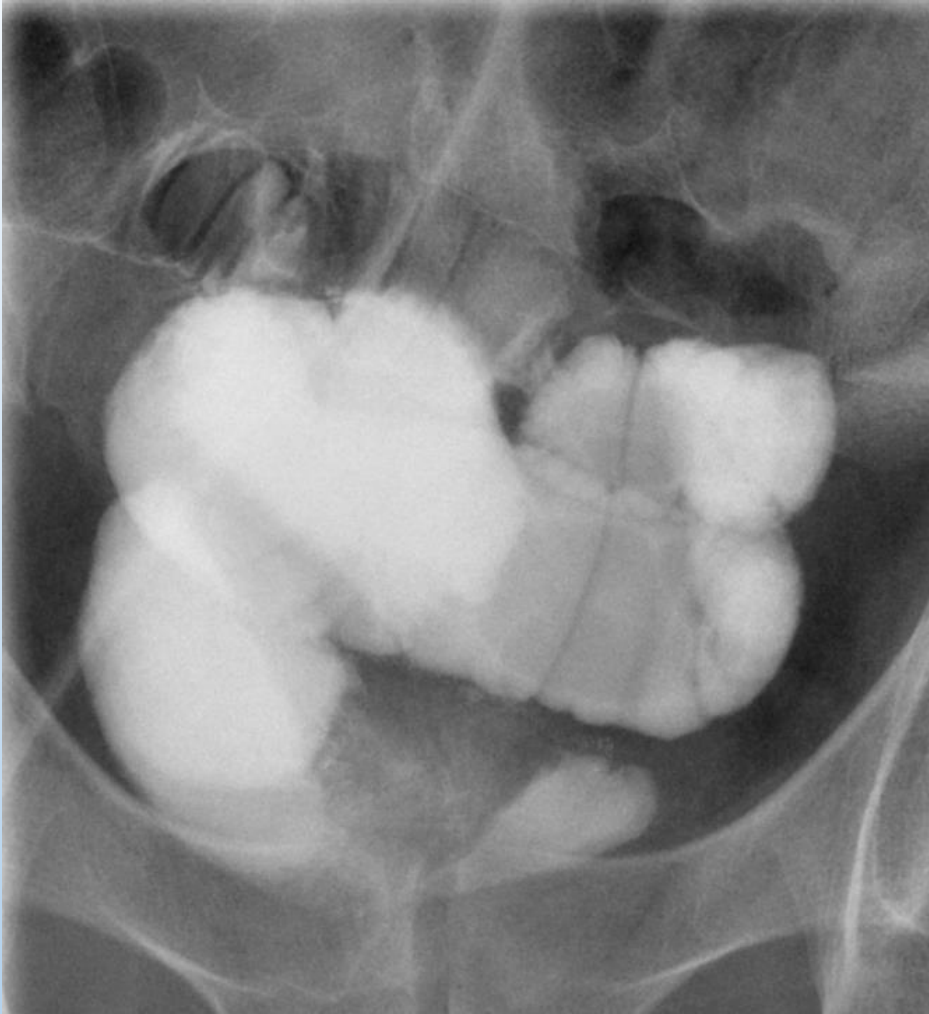
Anastomose colo-anale T-T sans réservoir



Anastomose colo-anale avec réservoir en J





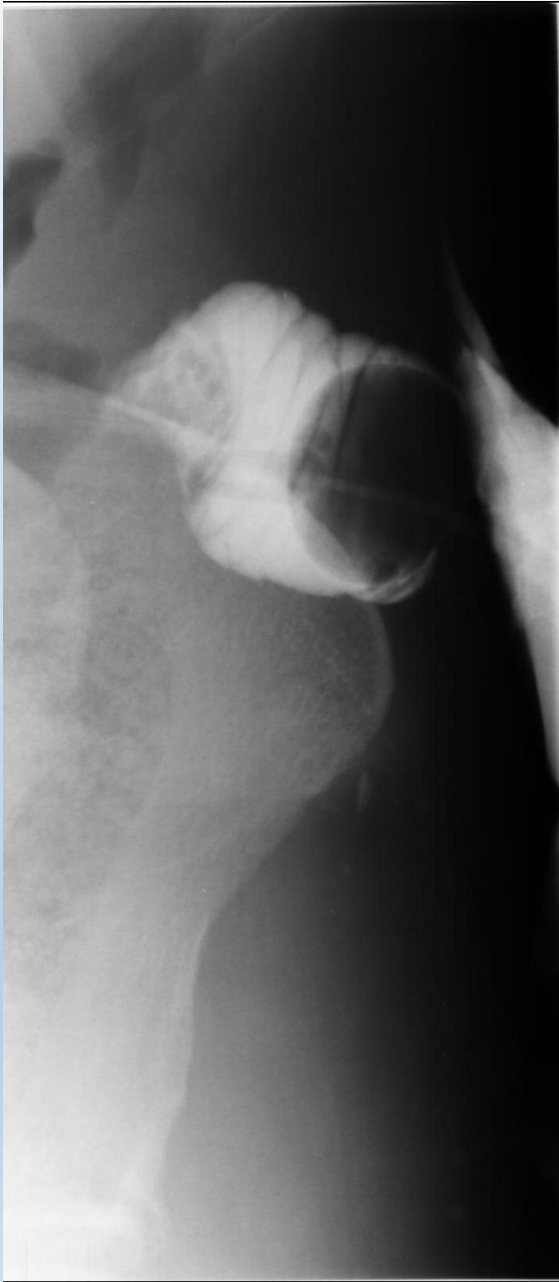


Coloproctomie – anastomose iléo-anale avec réservoir en J

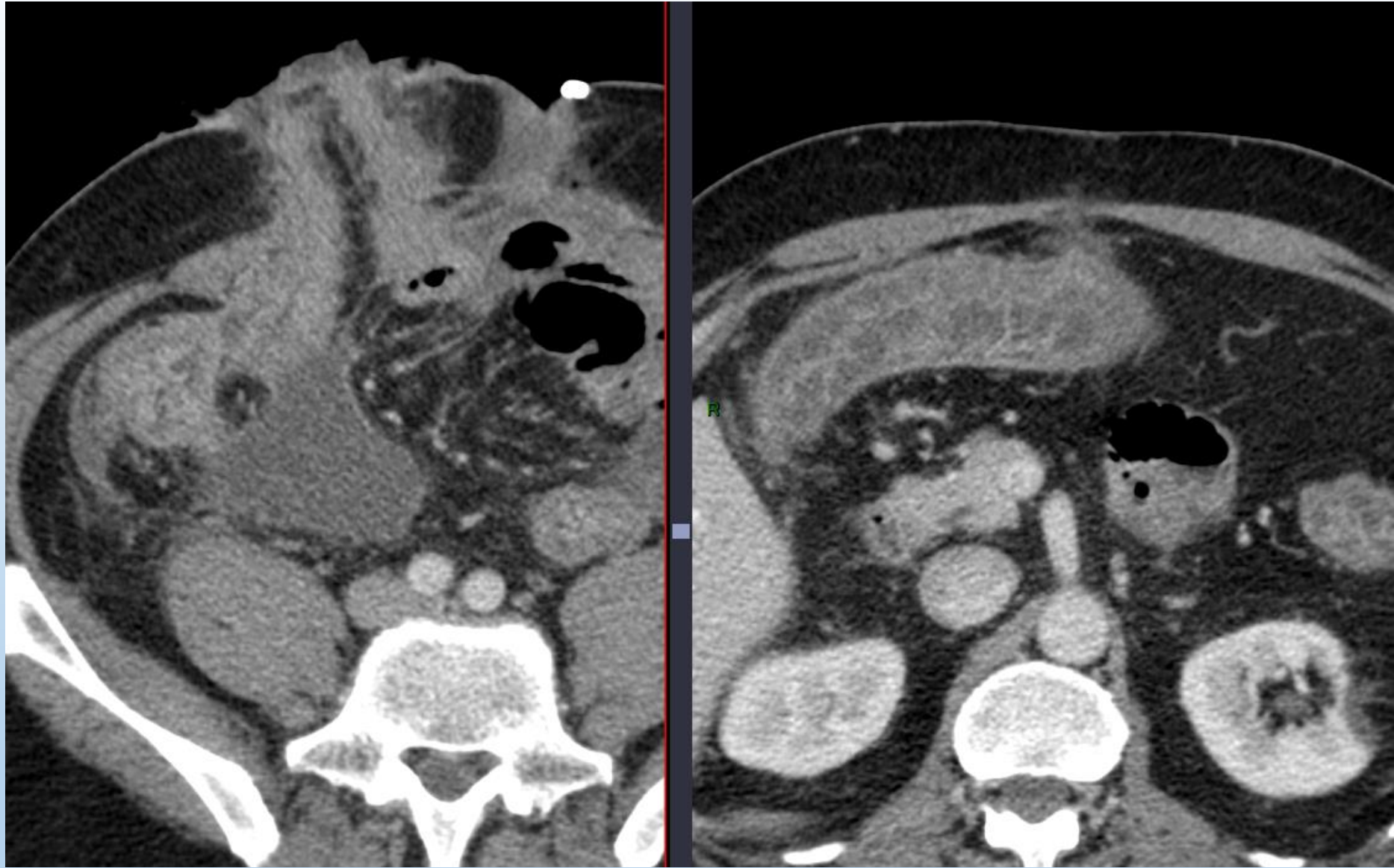
Amputation périnéale

- colo/iléostomie définitive

Dysfonction de l'iléostomie



opacification par sonde Foley avec télébrix gastro exclure
sténose pré-stomiale (rare) – segment afférente



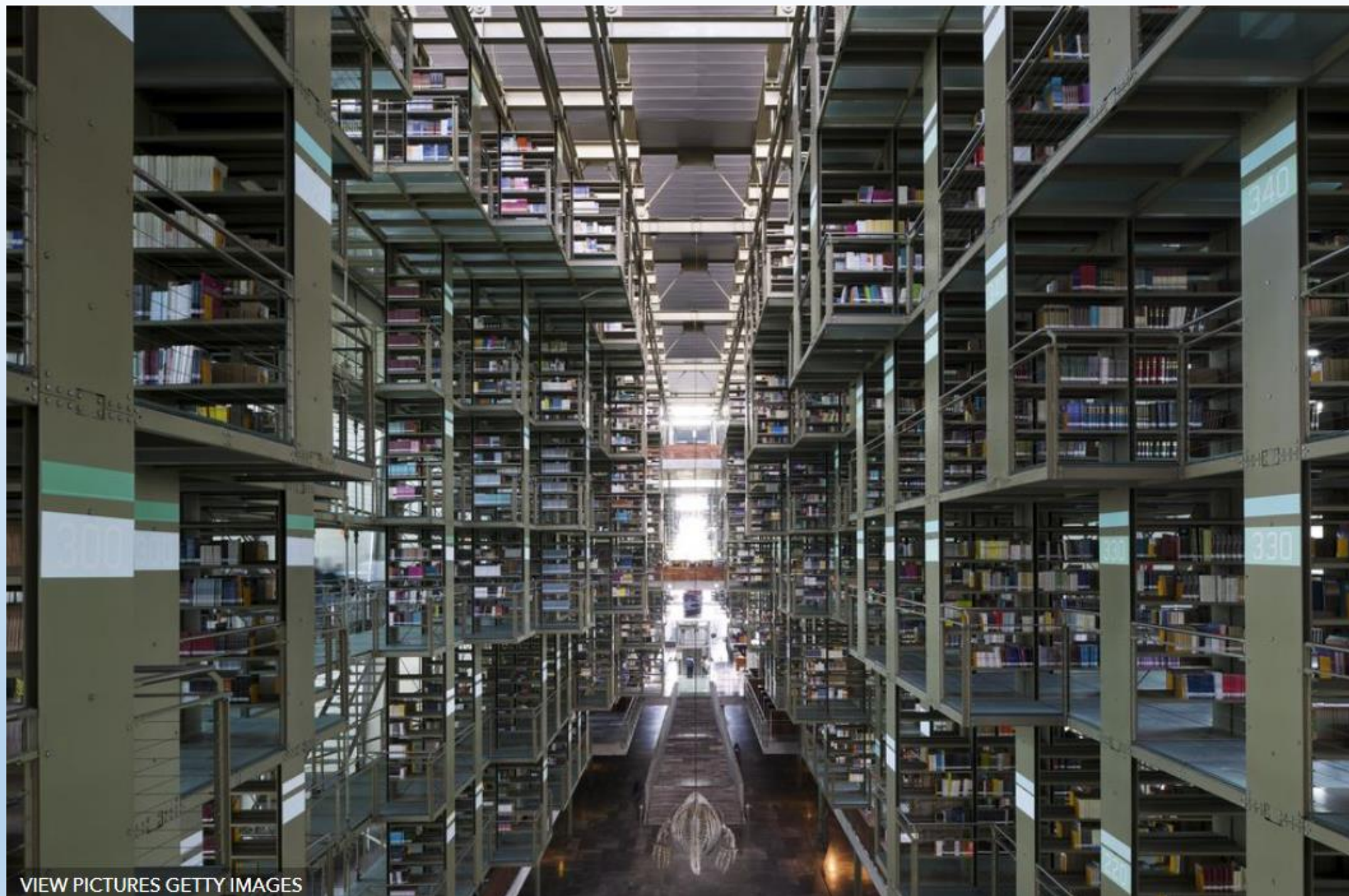
Colite de diversion

**cause par un déséquilibre de la flore bactérienne en faveur des bactéries aérobies
responsable d'un déficit en acide gras à chaîne courte**



HEMIS ALAMY

Royal Portuguese Cabinet of Reading in Rio de Janeiro, Brazil



Biblioteca Vasconcelos in Mexico City, Mexico