

RAPPORT DE CAS

Gastroskopie réalisée avec un gastroscope à usage unique

TPNE INTRACAVITAIRE



Dr méd. Dörte Wichmann

Unité endoscopique
interdisciplinaire.
Hôpital Universitaire
de Tübingen, Allemagne

ANTÉCÉDENTS DU PATIENT

Un homme de 57 ans a été opéré pour une obésité morbide de grade III selon l'OMS (IMC 43 kg/m²) et subi une sleeve gastrectomie coelioscopique dans un hôpital de référence. Après avoir développé des paramètres septiques et des rétentions intra-abdominales de liquide à J+2 après l'opération, une tomomodensitométrie a indiqué une anomalie de la position du corps de l'estomac.

En raison de l'absence d'options de traitement endoscopique à l'hôpital de référence, le patient a ensuite été transféré dans notre centre. Compte tenu des paramètres cliniques et biologiques septiques, le patient était gravement malade. Il a eu besoin d'une ventilation invasive et a développé une insuffisance rénale causée par la réponse inflammatoire systémique.

Au moment de l'admission, une suture divergente d'au moins 2,5 cm a été observée endoscopiquement dans le corps. Aucune cavité anormale n'était présente. Nous avons commencé un traitement par pression négative endoscopique (TPNE) avec un drainage par film à pores ouverts (DFO) à l'aide d'une sonde d'alimentation entérale. Simultanément, le patient a subi une nouvelle intervention avec lavage et mise en place de tubes de drainage à proximité de la sleeve gastrectomie.

Les modifications endoscopiques du DFO ont été réalisées deux fois après l'intervention primaire. La procédure décrite ici a été réalisée 19 jours après les interventions endoscopiques et chirurgicales primaires. Le patient avait déjà été traité dans l'unité de soins intermédiaires. Les paramètres de laboratoire ont été normalisés et les insuffisances rénale et pulmonaire ont diminué, mais de nouvelles sécrétions visibles ont été observées dans les drainages abdominaux. En raison de l'obésité et de l'état général du patient, l'endoscopie a été réalisée sous anesthésie générale et avec intubation endotrachéale.

PROCÉDURE

L'intervention endoscopique décrite dans ce document était la quatrième procédure réalisée avec le nouvel aScope Gastro à ce jour dans notre unité.

Après le retrait du DFO, la gastroskopie a été réalisée. Le passage oral et œsophagien a été réalisé sans qu'aucune anomalie ne soit décelée. Un problème évident a toutefois été identifié dans la position inadéquate de l'ancienne suture divergente (images 1 + 2) dans la cavité paragastrique.

Des revêtements de fibrine modérés ont été observés dans la cavité de 3 x 3 cm ; aucune fistule n'a été créée. En outre, une sténose de la sleeve a été observée dans la partie centrale du corps distal. Aucune anomalie n'a été détectée dans l'antrum ou dans le duodénum.



Photo 1 : Mise en place intracavitaire de l'Eso-Sponge avec une pince endoscopique



Photo 2 : Contrôle final endoscopique de l'Eso-Sponge placée entièrement dans la cavité intracavitaire

Nous avons modifié le concept de traitement d'une TPNE endoluminale en une TPNE intracavitaire en utilisant le système Eso-SPONGE (B. Braun Melsungen AG, Melsungen, Allemagne). L'éponge a été placée à l'aide de la technique de boucle, dans laquelle une boucle (Mersilène, Polyester, 4 Ph. Eur ; Ethicon, Norderstedt, Allemagne) est fixée à l'extrémité distale de l'éponge de drainage, saisie à l'aide d'une pince endoscopique, puis placée sous vue endoscopique (images 3 + 4). La mise en place endoscopique a été réalisée par intubation orale de l'œsophage, suivie d'une réorientation et d'une fixation oronasales à l'aide de pansements.

RÉSULTAT

Le patient a déjà quitté l'hôpital. Les procédures de changement d'éponge ont eu lieu à deux reprises après l'intervention.

CONCLUSION

La procédure décrite dans ce document a été réalisée uniquement avec l'aScope Gastro. La visualisation, le lavage et l'aspiration, la manipulation avec la pince et l'éponge et les manœuvres de poussée pour la mise en place de l'éponge ont fonctionné sans limites.

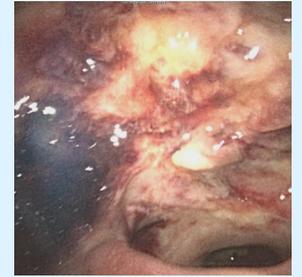


Photo 3 : Vue endoscopique de la perforation cave péri-gastrique



Photo 4 : Vue endoscopique de la perforation cave péri-gastrique

Ambu

Ambu A/S
Baltorpbakken 13
2750 Ballerup
Danemark
Tél. : +45 7225 2000
ambu.com