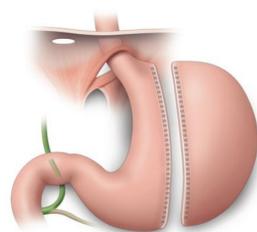


INTRODUCTION

La gastrectomie longitudinale, ou sleeve gastrectomy, est de plus en plus pratiquée comme traitement chirurgical de l'obésité morbide, cependant elle n'est pas dénuée de complications.



CAS CLINIQUE

Patiente de nationalité française âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant bénéficié d'une gastrectomie longitudinale (sleeve) en Turquie pour obésité morbide avec suites post-opératoires immédiates simples.

Admise aux urgences trois semaines après pour une toux avec des expectorations purulentes et douleurs thoraciques dans un contexte fébrile: CRP à 170 mg/l Radiographie du thorax face en faveur d'une opacité basale gauche effaçant le bord gauche du cœur et la coupole diaphragmatique.

Cinq jours après, elle a été hospitalisée en service de Pneumologie pour aggravation du tableau clinique. L'examen à l'admission a trouvé une patiente consciente avec un poids de 90 kg, une Taille à 165 cm, IMC à 33,06 kg/m², Tachypneique à 22 cycles/mn, SpO₂ à 95% en AA, douleurs basithoraciques gauche de type pleurale 5/10 et syndrome de condensation basale gauche. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 13.4 G/l, PNN 10.7 G/l, CRP=341mg/l, une PCR Covid négative, Antigénurie legionnelle-pneumocoque et hémocultures négatives.

une TDM TAP avec ingestion de produit de contraste hydrosoluble a été réalisée et elle a montré une fistule oeso-gastro-bronchique avec un foyer de condensation parenchymateuse au niveau du segment basal médial gauche (segment 7) associé à un épanchement pleural de faible abondance.



Radiographie du thorax face: Foyer basal gauche effaçant la coupole diaphragmatique et le cul de sac,



TDM Thoracique: Condensation hétérogène du segment 7 du LIG avec pleurésie minime,



TDM thoracique avec ingestion du PDC: (Coupe transversale sous diaphragmatique) montrant la fistule.



TDM thoracique: Présence du produit de contraste dans le foyer de pneumopathie basal gauche

DISCUSSION

La complication chirurgicale la moins rare et la plus redoutée est la fistule sur la ligne d'agrafes. Elle est observée dans 0,6 % à 4,3 % des cas (1), et elle peut causer une fistulisation transdiaphragmatique dans les segments basaux du lobe inférieur gauche chez 0,2 à 0,4 % des patients opérés (2). Cette complication peut entraîner une morbidité sévère et un taux de mortalité à long terme potentiellement très élevé lorsque les mesures de traitement appropriées ne sont pas mises en œuvre.

CONCLUSION

Dans le cadre du suivi d'une chirurgie bariatrique, une pleuropneumonie doit susciter la crainte d'une fistulisation gastro-pulmonaire, en particulier en cas d'évolution défavorable malgré une antibiothérapie adaptée.

REFERENCES

1. Masson E. Technique de la gastrectomie longitudinale (« sleeve gastrectomy ») par laparoscopie [Internet]. EM-Consulte. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/282057/technique-de-la-gastrectomie-longitudinale-sleeve->
2. Sakran N, Zakeri R, Madhok B, Graham Y, Parmar C, Mahawar K, et al. Gastric Fistula in the Chest After Sleeve Gastrectomy: a Systematic Review of Diagnostic and Treatment Options. *Obes Surg.* janv 2021;31(1):357-69.