

**Conclusion:** La péritonite est une complication possible de l’alimentation par jéjunostomie. Elle reste cependant rare, mais il convient d’y penser devant tout “ventre chirurgical”.

Hypermétabolisme des feuillets péritonéaux avec surcharge hydrique de la cavité abdomino-pelvienne

Sonde de jéjunostomie déplacée

Sonde de jéjunostomie en place

**Résultats:** La TEP retrouve un hypermétabolisme des feuillets péritonéaux apparaissant épaissis avec une infiltration de la graisse et un aspect de surcharge hydrique abdomino-pelvienne évoquant une péritonite. La comparaison des images avec un TDM réalisé quelques jours après la pose de la jéjunostomie montre un déplacement de la sonde.

**Matériel et méthodes:** Adénocarcinome moyennement différencié du cardia métastatique d’emblée sur le foie, traité par chimiothérapie néo-adjuvante puis chirurgie de type Lewis-Santy (oeso-gastrectomie polaire supérieure avec oeso-gatroplastie), résection du lobe hépatique gauche, métastasectomie du segment VII et mise en place d’une jéjunostomie d’alimentation. Les suites opératoires ont été marquées par de nombreuses complications d’origine iatrogène : fistules oeso-bronchique et broncho-pleurale, ayant occasionné un SDRA, traitées par endo-prothèses, et fistule aortique, ayant provoqué un arrêt cardio-respiratoire, traitée par la mise en place en urgence d’une endoprothèse aortique.

Le patient présente plusieurs épisodes infectieux avec médiastinite et infections pulmonaires, ainsi qu’une importante hémorragie bronchique ayant nécessité plusieurs embolisations, et une lobectomie de sauvetage lobaire inférieure droite.

Le patient se présente à distance de toutes ces complications pour la réalisation d’une TEP au 18F-FDG pour éliminer une infection active au niveau des prothèses œsophagienne et bronchique avant chirurgie reconstructrice.

L’acquisition TEP-TDM standard du sommet du crâne au tiers supérieur des cuisses a été réalisée 1 heure après injection de 197 MBq de 18F-FDG et de 176 mL de Ioméron 350.

**Objectif**: Exploration d’une défense abdominale avec syndrome inflammatoire (CRP = 250 mg/L) chez un patient de 32 ans suivi pour un adénocarcinome moyennement différencié du cardia ayant présenté de multiples complications iatrogènes.

**Multiples complications au décours du traitement d’un adénocarcinome moyennement différencié du cardia**

PARISSE S, MOREAU A, GIRAUDET A-L, MOGNETTI T

Centre Léon Bérard, Lyon, Service de médecine nucléaire LUMEN



## Aenean a magna vel pede vestibulum rhoncus. Nulla cursus orci quis tortor.