

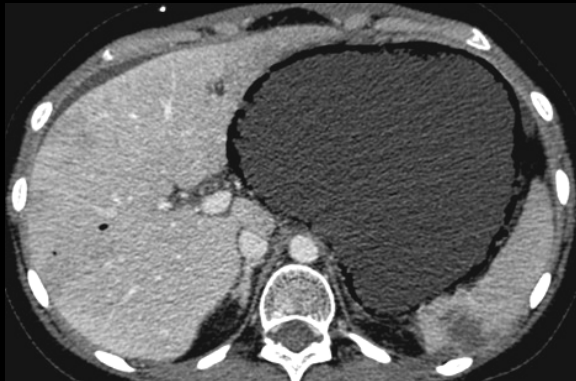
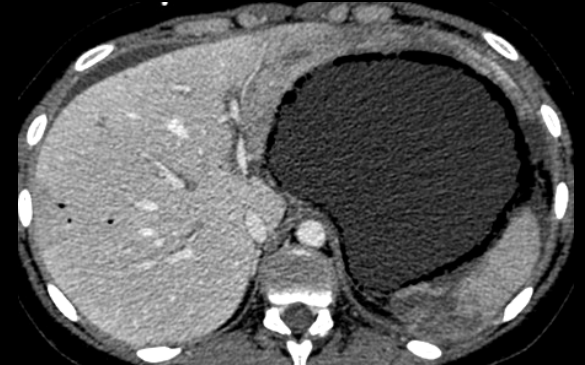
jeune femme de 24 ans, antécédents de tumeur cérébelleuse dans l'enfance, traitée par dérivation ventriculo-péritonéale

Arrêt des matières et des gaz depuis 2 jours, abdomen tendu et douloureux avec fébricule.

Syndrome inflammatoire avec CRP à 150 mg/L . **Thrombocytose** à 1.600.000/mm³

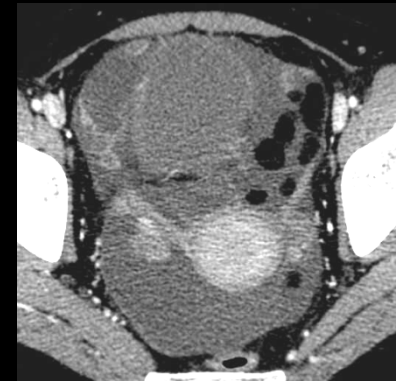
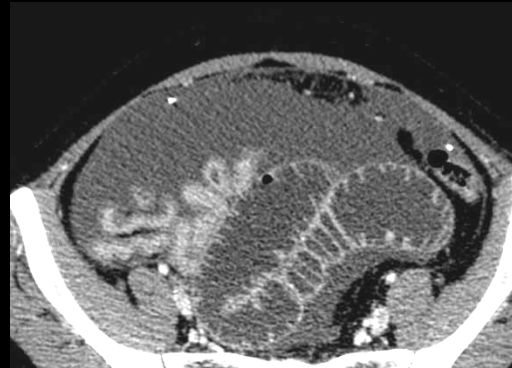
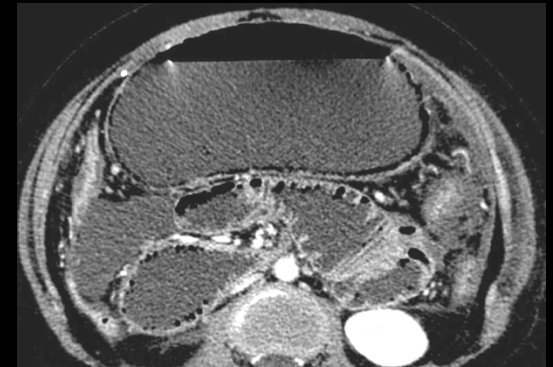
Cytolyse et cholestase.

Un scanner est pratiqué, qui montre des images suivantes



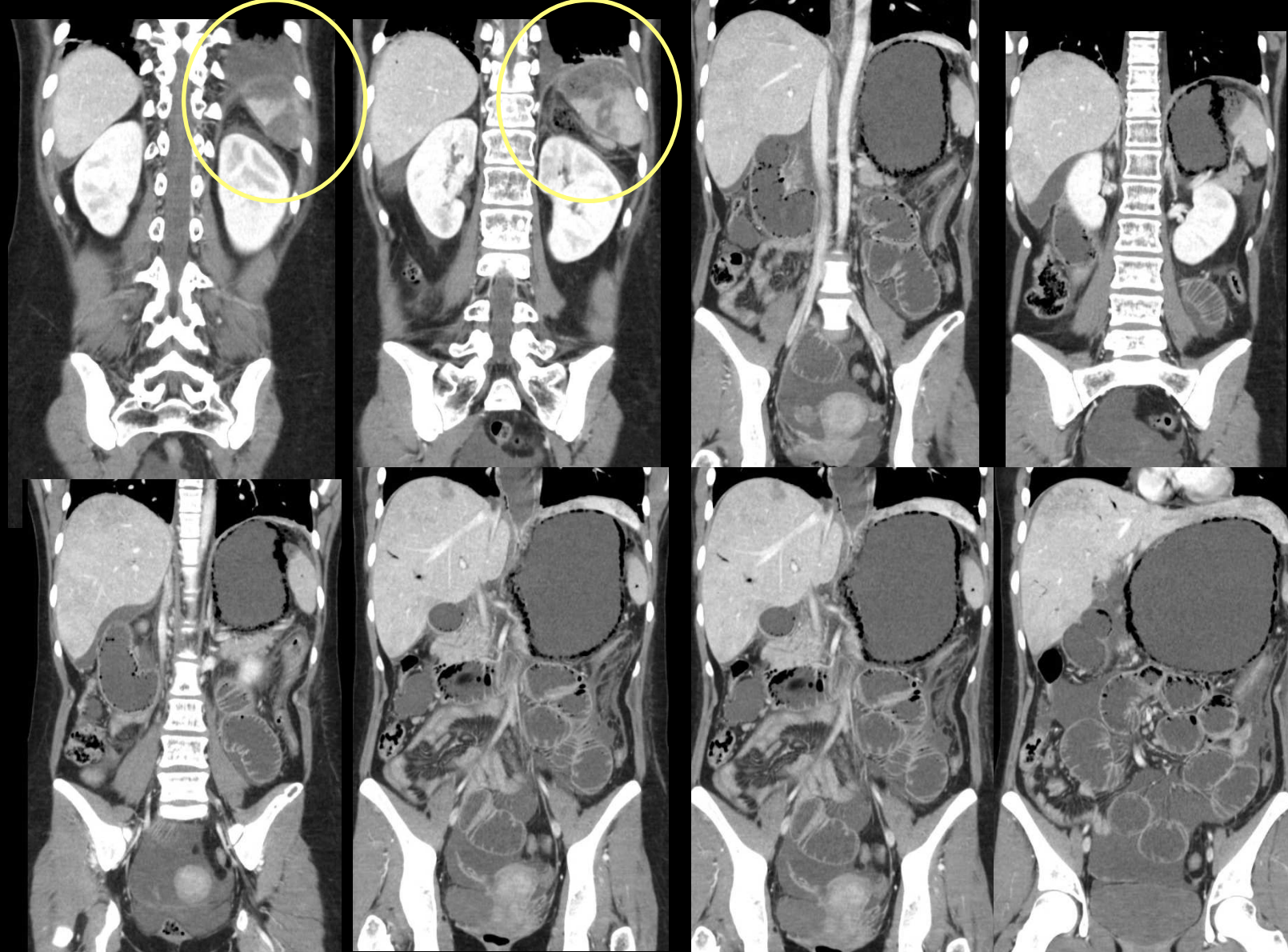
quels sont les éléments significatifs à retenir dans ce contexte d'abdomen aigu hyperalgique de survenue brutale. (?)

- présence de plages ischémiques dans le foie droit (segments V et VIII) et d'une aéroportie ;
- infarctus du pôle supérieur de la rate ;
- distension liquide majeure de l'estomac et du duodénum avec **pneumatose pariétale étendue à la totalité de l'estomac.**



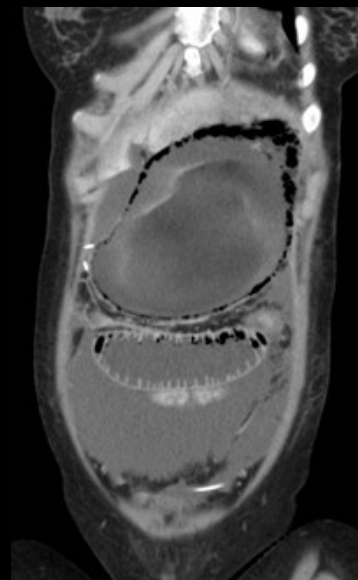
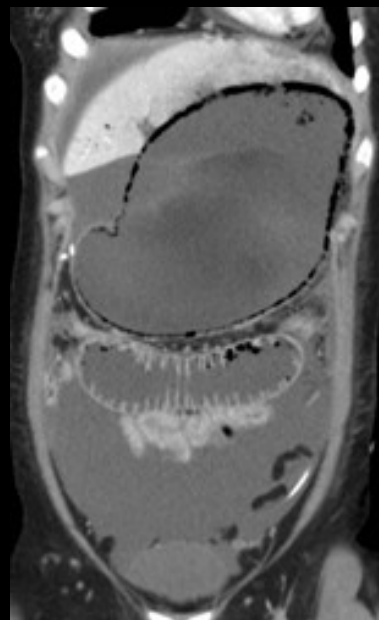
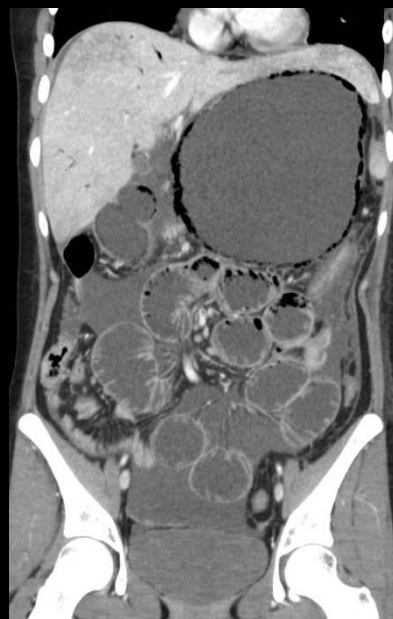
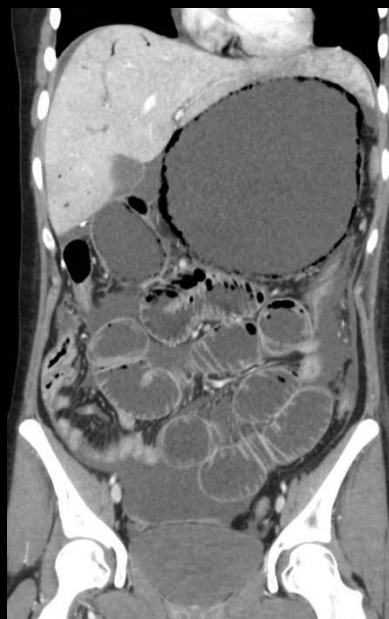
les coupes sous-jacentes, abdomino-pelviennes confirment :

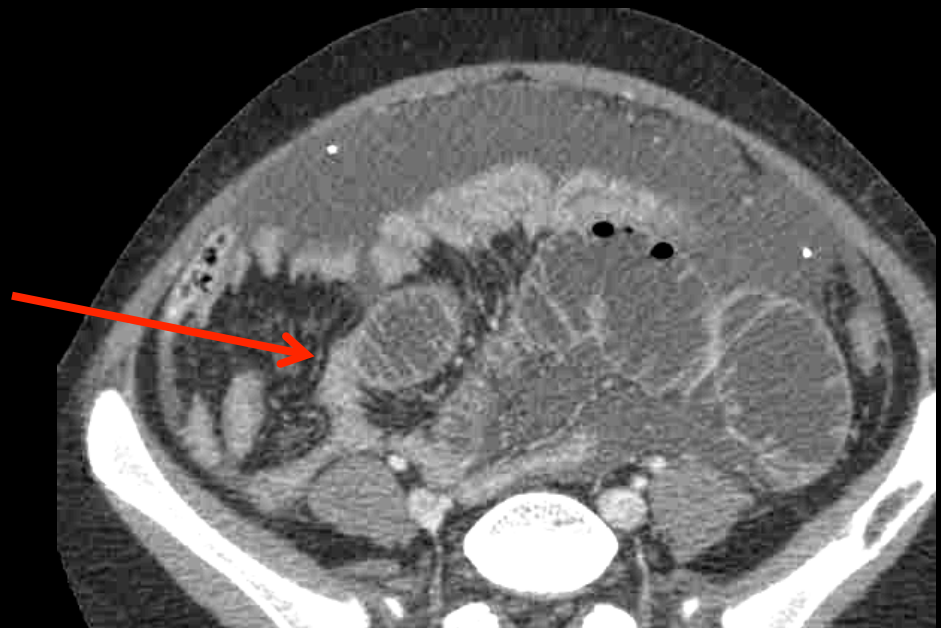
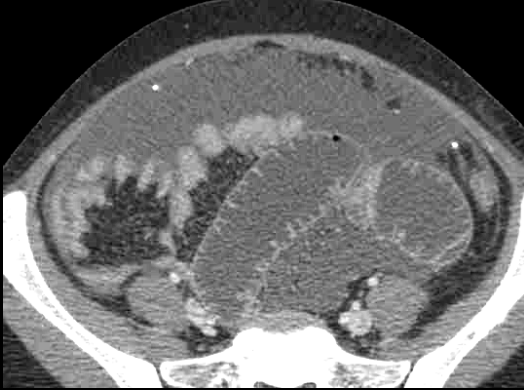
- la pneumatose pariétale gastrique,
- la **distension liquide majeure** des anses jéjunales hautes , du duodénum et de l'estomac
- la présence d'un important épanchement liquide abdomino-pelvien.



les reformations frontales confirment:

- l'occlusion mécanique haute du grêle avec distension liquide majeure d'amont, intéressant les premières anses jéjunales, le cadre duodénal et l'estomac.
- la dissection gazeuse pariétale gastrique et la présence d'une aéroportie intra hépatique
- l'existence de signes d'ischémie des parenchymes pleins de l'étage sus-mésocolique





le segment intermédiaire entre jéjunum dilaté et jéjunum plat correspond à une angulation sans masse visible, en relation avec des phénomènes adhérentiels, probablement liés à la dérivation ventriculo-péritonéale.



la reformation sagittale de l'aorte abdominale et la représentation volumique correspondante montrent la présence d'une **thrombose tronculaire proximale subtotale aiguë du tronc cœliaque**, conséquence probable de la **thrombocytose**.

il n'y a en effet pas d'argument en faveur d'une sténose du tronc cœliaque par ligament ceinturé du diaphragme, en particulier aucune voie de vicariance ne s'est développée via les arcades pancréatico-duodénales comme cela est constamment retrouvé dans le syndrome phréno-cœliaque.

évolution : laparotomie en urgence :

résection de l'estomac (nécrose des 4/5^{ème} de la paroi gastrique)+bas œsophage

anses grêles viables

nécrose partielle foie et rate

2 arrêts cardiorespiratoires per-opératoires récupérés

décès 2 jours plus tard, par défaillance poli viscérale.

nécrose gastrique aiguë

-l'estomac est le moins exposé des segments digestifs abdominaux à la nécrose ischémique aiguë en raison de la multiplicité des sources de sa vascularisation et des nombreux systèmes anastomotiques qui les relie.

-La littérature récente rapporte cependant des cas de **nécrose aiguë gastrique** dans de multiples circonstances :

- .**pancréatite aiguë** isolée ou compliquée d'une thrombose aiguë du tronc cœliaque

- .compliquant une **dilatation gastrique aiguë** chez un psychotique boulimique; après un binge drinking; dans un contexte de bézoard ; lors d'une occlusion intestinale haute....

- .dissection aiguë du tronc cœliaque; embolies simultanées du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique supérieure au cours d'une tachyarythmie cardiaque.

- .après infusion sélective de vasopressine pour hémostase ,dans le tronc de l'artère mésentérique supérieure

- .dans les suites d'une intervention de correction chirurgicale d'une scoliose dans un contexte de maladie de Scheuermann ...etc.

-les **facteurs essentiels de survenue d'une nécrose gastrique aiguë** sont donc

- . les ischémies aiguës par **atteinte obstructive du tronc cœliaque** (thrombose proximale, embolie, dissection primitive du tronc cœliaque dissection aortique propagée)

- . les **distensions aiguës liquides de l'estomac** quelle qu'en soit la cause (ingestions massives, syndrome occlusif haut) ; **les liquides sont incompressibles et transmettent intégralement les forces de pression sur les parois.**

take home message

-les **nécroses pariétales étendues de l'estomac d'origine ischémique** se rencontrent dans deux circonstances :

- . **obstruction aiguë du tronc coeliaque** par embolie, thrombose proximale ou dissection
- . **distension aiguë de l'estomac par un contenu liquide**, qui augmente la pression sur la microcirculation pariétale compromettant ainsi la perfusion de toutes les couches de la paroi

-lorsque comme dans notre observation, les deux de types de facteurs favorisants sont **associés** (thrombose proximale du tronc coeliaque du à l'hyperplaquettose et distension liquide gastrique aiguë en relation avec une occlusion haute du grêle par phénomènes adhérentiels) les risques sont à leur niveau maximum et cela explique que, même chez des sujets jeunes, on puisse observer de tels tableaux.

-dans la pratique il est donc fondamental lorsqu'on constate une dilatation gastrique aiguë par un contenu liquide de réaliser comme premier geste la **mise en place d'une sonde naso-gastrique de décompression par aspiration**.

on redoutera également ce type de complications lors des ingestions liquides massives par voie haute en particulier dans les contextes actuels de **"binge drinking"** chez les adolescents , lorsque les suites sont difficiles et les manifestations cliniques subjectives masquées par l'imbibition alcoolique.