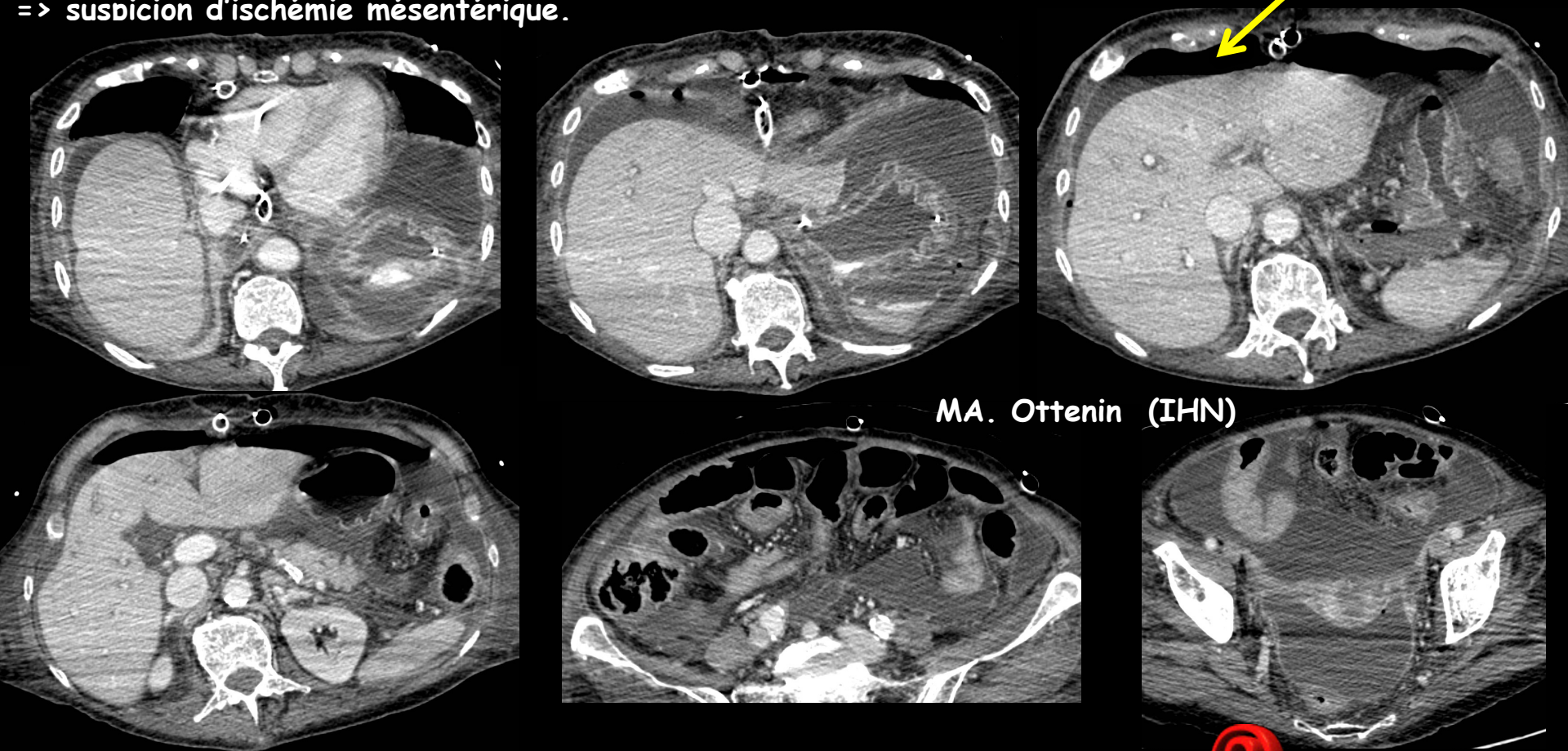


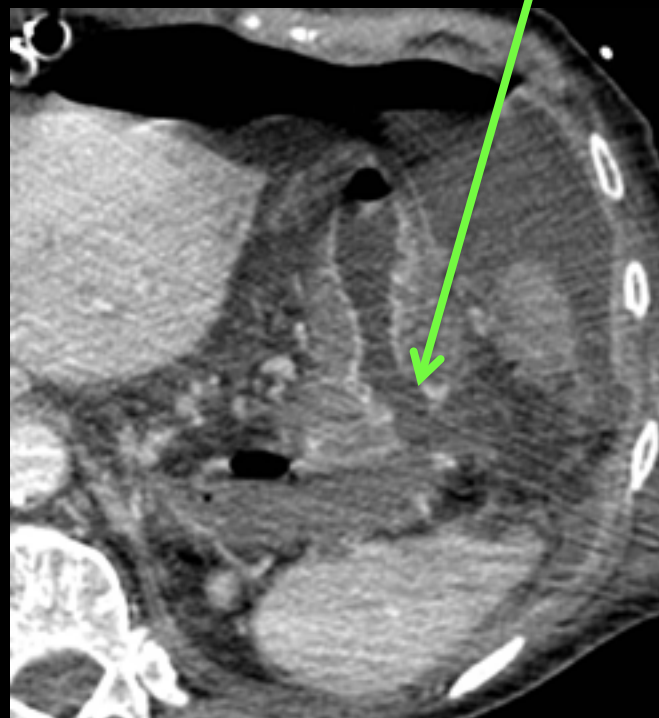
Patiente de 76 ans. ; double pontage coronarien le 08.12.2010 ; choc cardiogénique le 12.12.2010 sur tamponnade : drainage péricardique pour hémopéricarde .
TDM le 15.12.2010 pour syndrome abdominal aigu avec défense ; acidose lactique
=> suspicion d'ischémie mésentérique.



quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces images

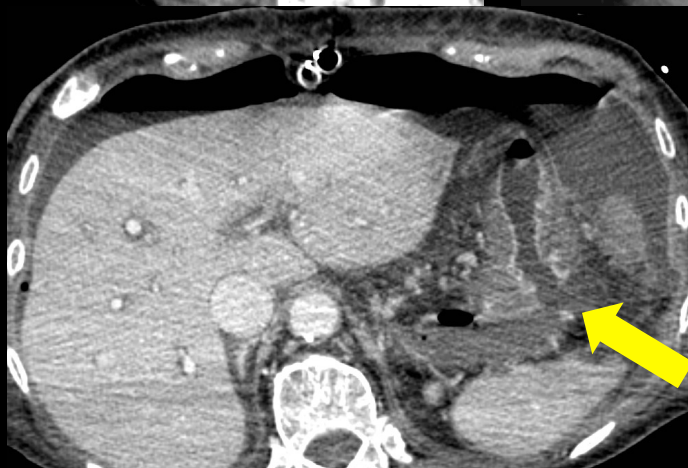
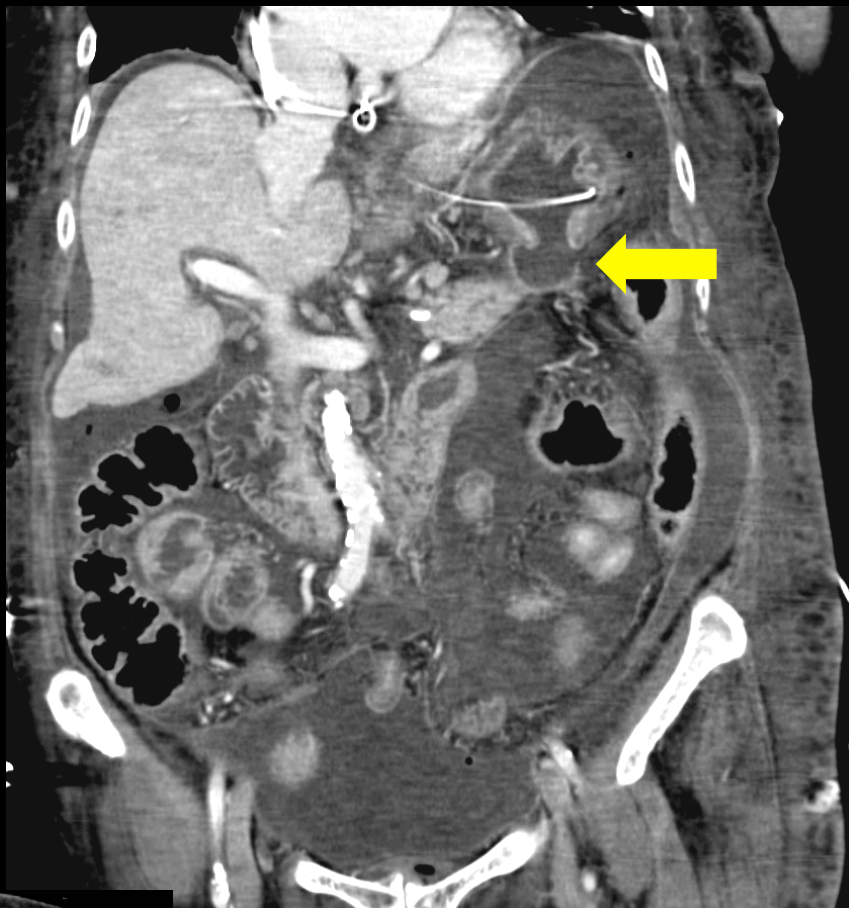
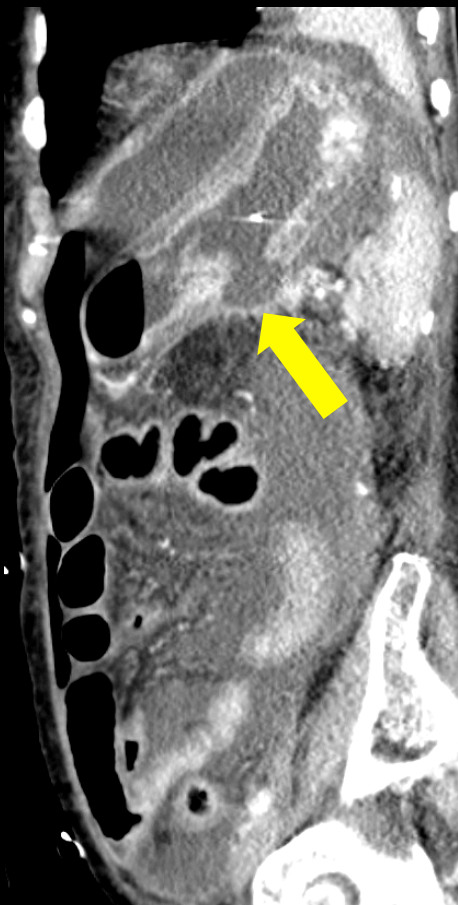


- présence d'un pneumopéritoine et d'un épanchement liquide péritonéal abondant
- pas de distension liquide du grêle ni du colon, mais distension liquide de l'estomac ! ;
c'est donc au niveau de ce segment digestif qu'il faut chercher la perforation !



-la paroi du fundus gastrique est le siège d'un épaissement oedémateux

-surtout il existe un large defect mettant en communication la lumière gastrique et la grande cavité péritonéale ,au niveau de la grande courbure dans sa partie haute



les reformations multiplanaires confirment bien la largeur du defect , son siège et son étendue

quels peuvent être les causes et le mécanisme d'une rupture gastrique chez une patiente âgée qui, en 7 jours a subi une intervention pour pontages coronariens suivie à J4 d'un hémopéricarde avec choc cardiogénique, ayant imposé un drainage chirurgical.

le syndrome abdominal aigu révélateur de cette déchirure gastrique étant survenu 3 jours après le drainage

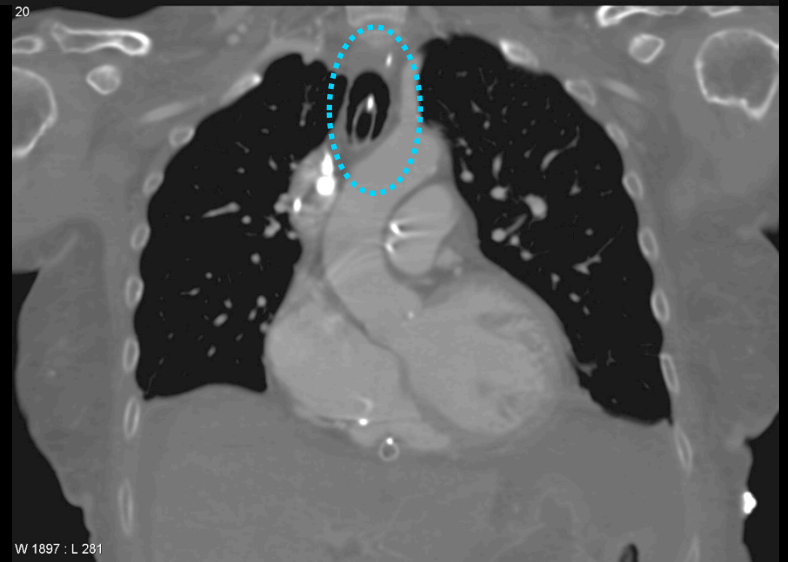


-les complications abdominales classiques de la chirurgie cardiaque et coronaire, en particulier chez le sujet âgé sont essentiellement:

.des **ischémies intestino-mésentériques** souvent sévères liées à des bas débits circulatoires et lésant plus souvent le colon que le grêle

.des pancréatites aiguës

-c'est le scanner thoracique qui nous montre un facteur de risque supposé



Cas clinique

Rupture gastrique au décours d'une séance de ventilation non invasive

Stomach rupture associated with noninvasive ventilation

M. Jean-Lavaleur^{*}, V. Perrier, H. Roze, P. Sarabay, C. Fleureau, G. Janvier

Département d'anesthésie réanimation II, hôpital du Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux, 1, avenue du Haut-Lévêque, 33600 Pessac, France

Reçu le 20 novembre 2008 ; accepté le 27 avril 2009

Disponible sur Internet le 29 mai 2009

Cas clinique

Rupture gastrique après oxygénothérapie par voie nasale

Stomach rupture after nasal oxygen administration

M. Adam^a, M.A. Boughaba^a, V. Kuoch^b, F. Blot^a, E. Desruennes^{a,*}

^a Département d'anesthésie-réanimation, institut Gustave-Roussy, 39, rue Camille-Desmoulins, 94800 Villejuif, France

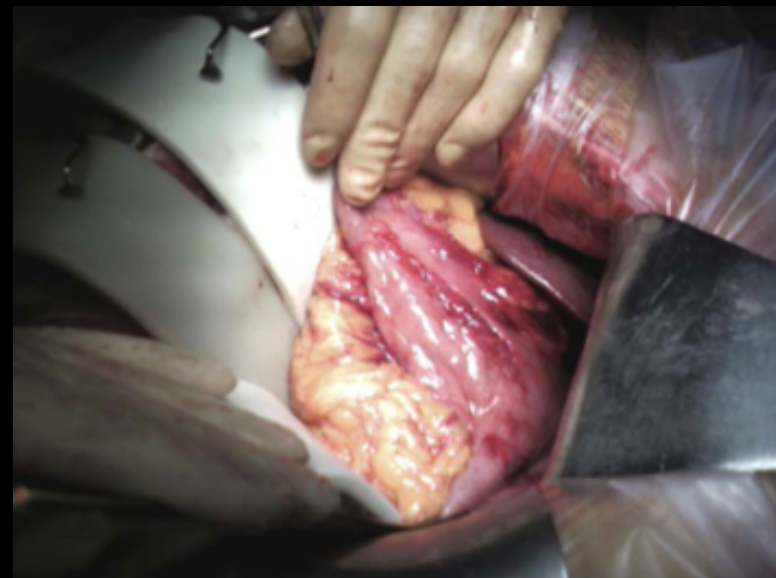
^b Service de radiologie interventionnelle, institut Gustave-Roussy, 39, rue Camille-Desmoulins, 94800 Villejuif, France

Reçu le 7 juin 2003 ; accepté le 13 novembre 2003

rupture gastrique dans les suites
d'une réanimation cardio-
respiratoire, avec
oxygénothérapie nasale ou VNI.

suites favorables après suture chirurgicale

Physiopathologie mal connue ; très peu de cas
publiés en dehors de celui présenté dans ce
travail, mais est survenu dans un contexte de
chirurgie abdominale sous-mésocolique et
pelvienne



Dilacérations longitudinales de
l'estomac.

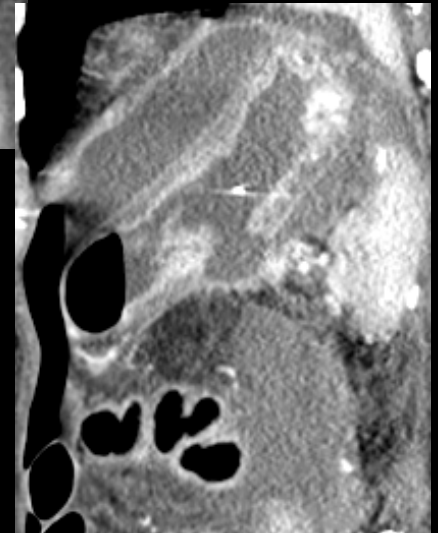
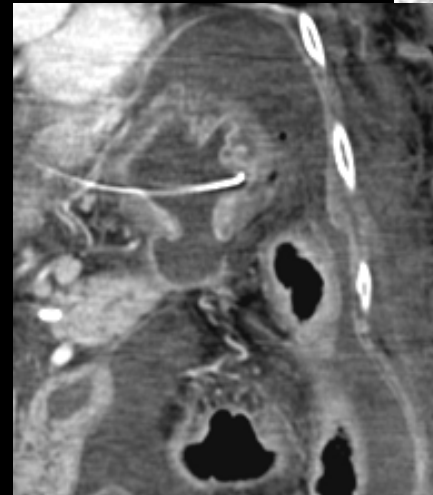
Rupture gastrique lors d'une séance de
VNI à J3 d'une amputation antérieure
du rectum.

extrait d'une mise au point de la SFAR 2005

"En ce qui concerne la VNI postopératoire à la phase précoce d'une chirurgie œsophagienne et/ou gastrique avec des anastomoses digestives hautes, son utilisation doit conduire à la plus grande prudence, car il existe un risque théorique de fragilisation des anastomoses lié à l'insufflation de gaz dans le tube digestif. Dans ce cas, il est préférable de privilégier plutôt la CPAP et/ou de limiter les pressions d'insufflation.....

il est inutile de dépasser des pressions d'insufflation supérieures à 25 cm H₂O (niveau d'aide inspiratoire + PEP), car au-dessus de ces valeurs les fuites sont le plus souvent mal tolérées et le risque de dilatation gastrique par insufflation de gaz devient majeur..."

il semble donc possible d'incriminer la responsabilité de la VNI dans certaines ruptures gastriques "mécaniques" par surdistension endoluminale dont le dépistage clinique doit faire partie de la surveillance .



Take home message

-les abdomens aigus après chirurgie thoracique , en particulier cardiaque (valves) et coronaires (pontages) sont malheureusement fréquents , surtout chez les sujets âgés et grevés d'un pronostic très lourd en raison du syndrome d'ischémie/reperfusion conséquence d'épisode(s) de bas débit circulatoire avec défaillance multiviscérale secondaire , généralement fatale .
Dans ce contexte on peut observer des perforations digestives d'origine ischémique , conséquences d'un infarctus transmural , de siège plus souvent colique que grêle .

les ruptures gastriques sont exceptionnellement de nature ischémique en raison du riche réseau anastomotique coelio-mésentérique qui favorise les vicariances en cas de bas débit splanchnique . Ce n'est que s'il existe des lésions sténosantes proximales du tronc coeliaque (ligament arqué médian , athérome , dissection..) ou de l'artère mésentérique supérieure que l'on peut observer des lésions ischémiques sévères de la paroi gastrique

la ventilation non invasive est délicate à mettre en œuvre mais présente peu de complications ; son seul inconvénient pouvant être de retarder une intubation devenue nécessaire . La distension mécanique de l'estomac avec rupture mécanique secondaire paraît bien être une éventualité exceptionnelle mais doit être connue puisqu'un traitement précoce est a priori facilement curatif