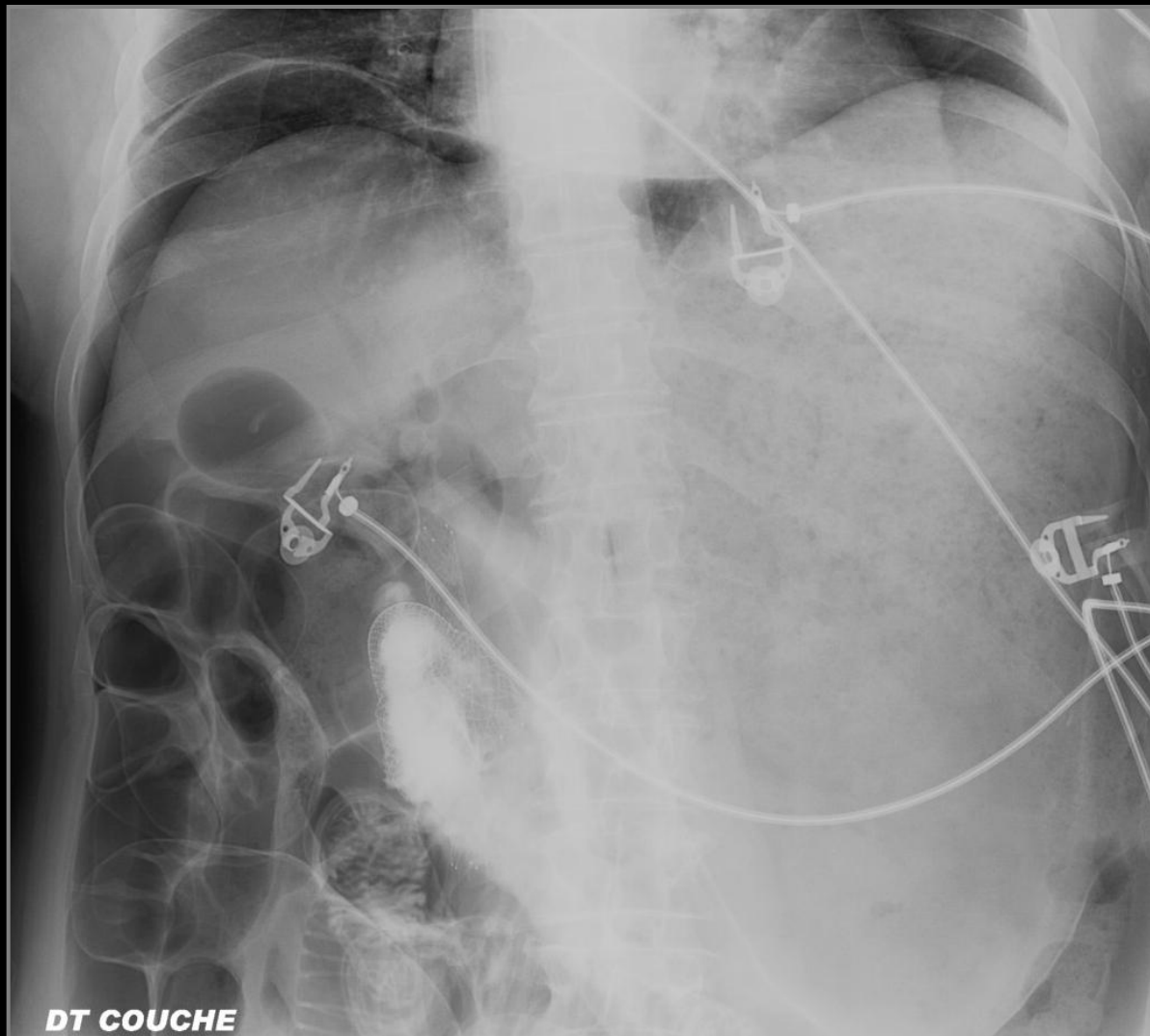


Patiente de 75 ans. Tumeur de la tête du pancréas diagnostiquée en octobre 2011.

Mise en place d'une prothèse duodénale.

Développement d'un syndrome occlusif haut: réalisation d'une **échoendoscopie dont les suites sont douloureuses**

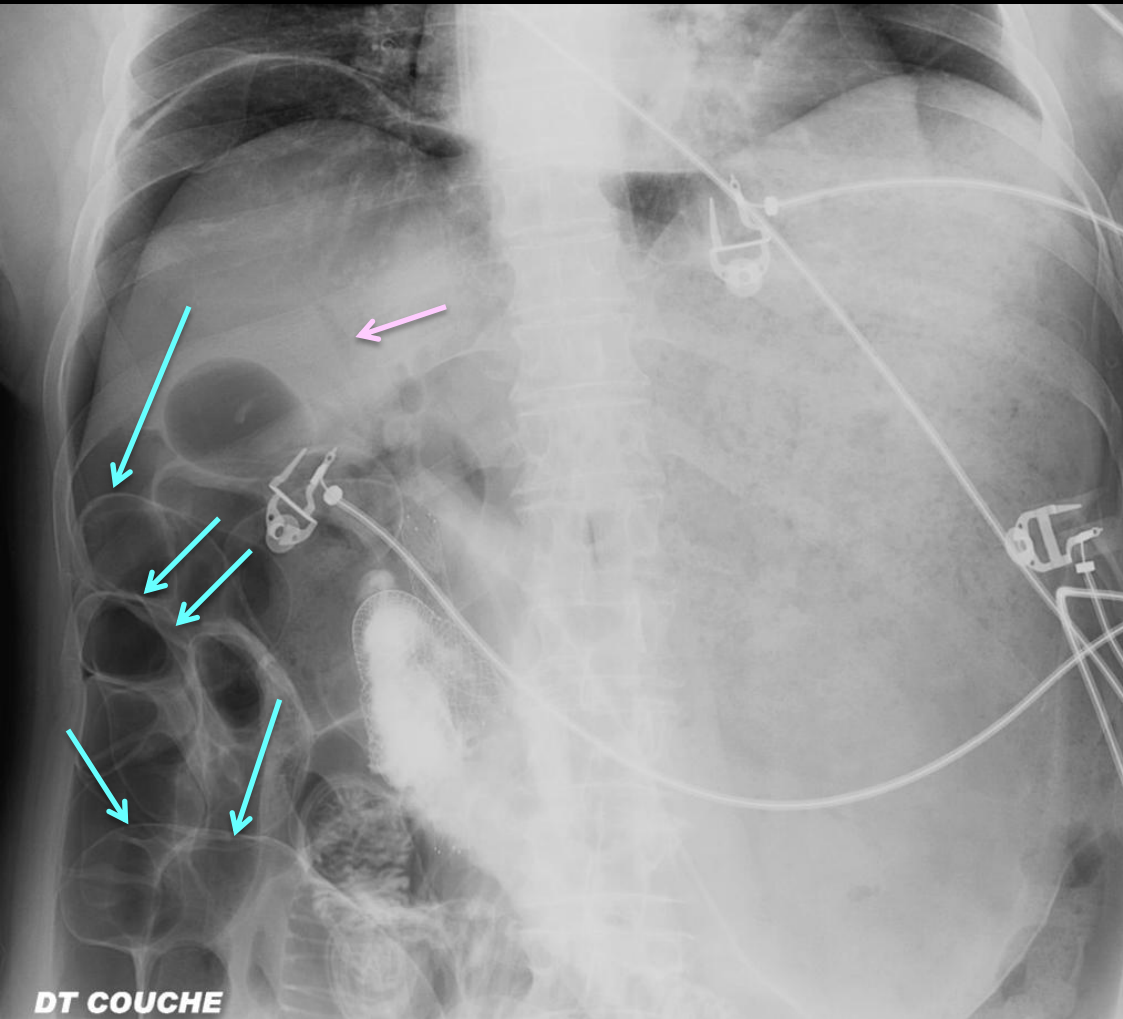
Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ce cliché d'abdomen sans préparation réalisé en décubitus avec rayon directeur vertical



DT COUCHE

MA. Ottenin (IHN)

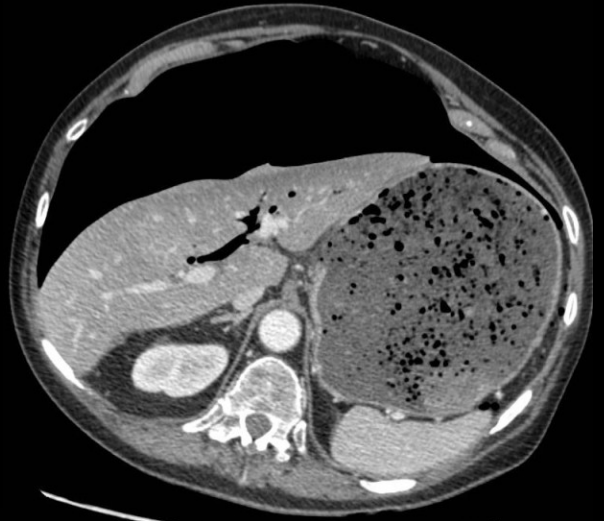
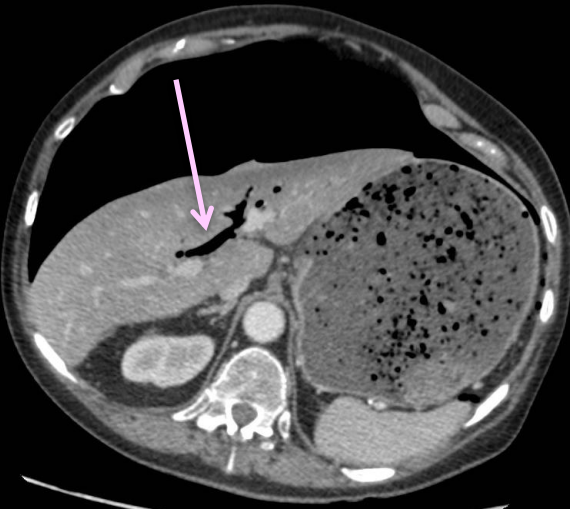
on retrouve bien sur les **signes classiques d'un volumineux pneumopéritoine**



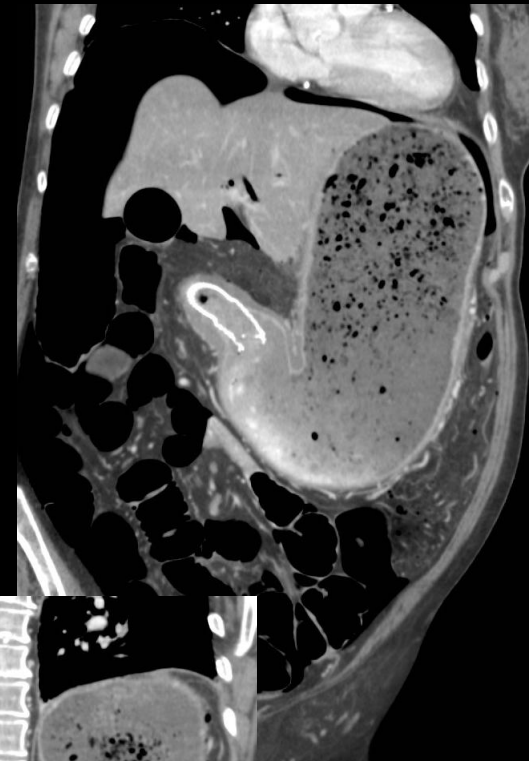
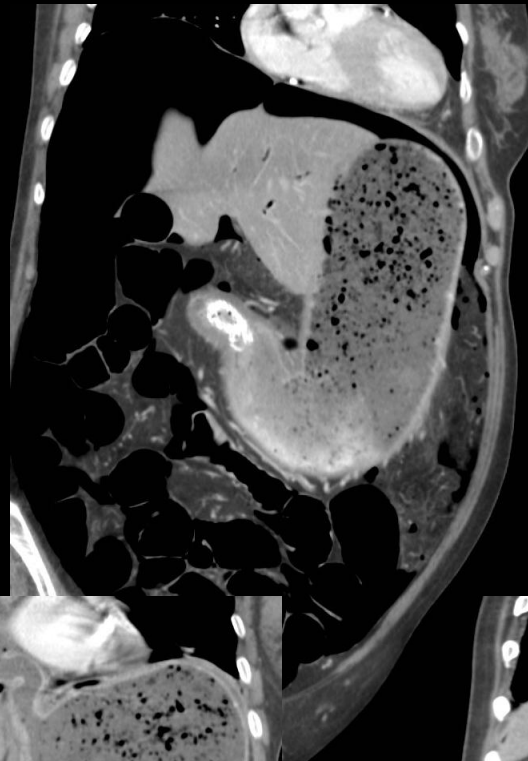
-le plus commun : **le croissant clair gazeux sous diaphragmatique** bien visible du côté droit car le gaz silhouette le dôme hépatique tandis que les clartés digestives restent en situation sous hépatique . Notez que ce croissant clair gazeux est bien visible malgré le décubitus , en raison du très gros volume de gaz libres dans l'étage sus mésocolique

-le **signe du bas relief de Riegler** (encore appelé "double wall sign") à la trop bonne visibilité des parois des anses intestinales situées dans la partie haute de l'abdomen chez un sujet en décubitus . **Les parois intestinales apparaissent à la fois trop nettes et trop minces** en raison du silhouettage de leurs deux faces par du gaz (pneumopéritoine à l'extérieur , gaz endoluminal à l'intérieur) . Ce signe avait été décrit par Porcher sous le terme de pariétographie gazeuse .

-l'**aérobilie** (angiopneumocholie ou pneumo cholédoque ..) est bien visible et témoigne de la perméabilité d'une dérivation biliaire prothétique



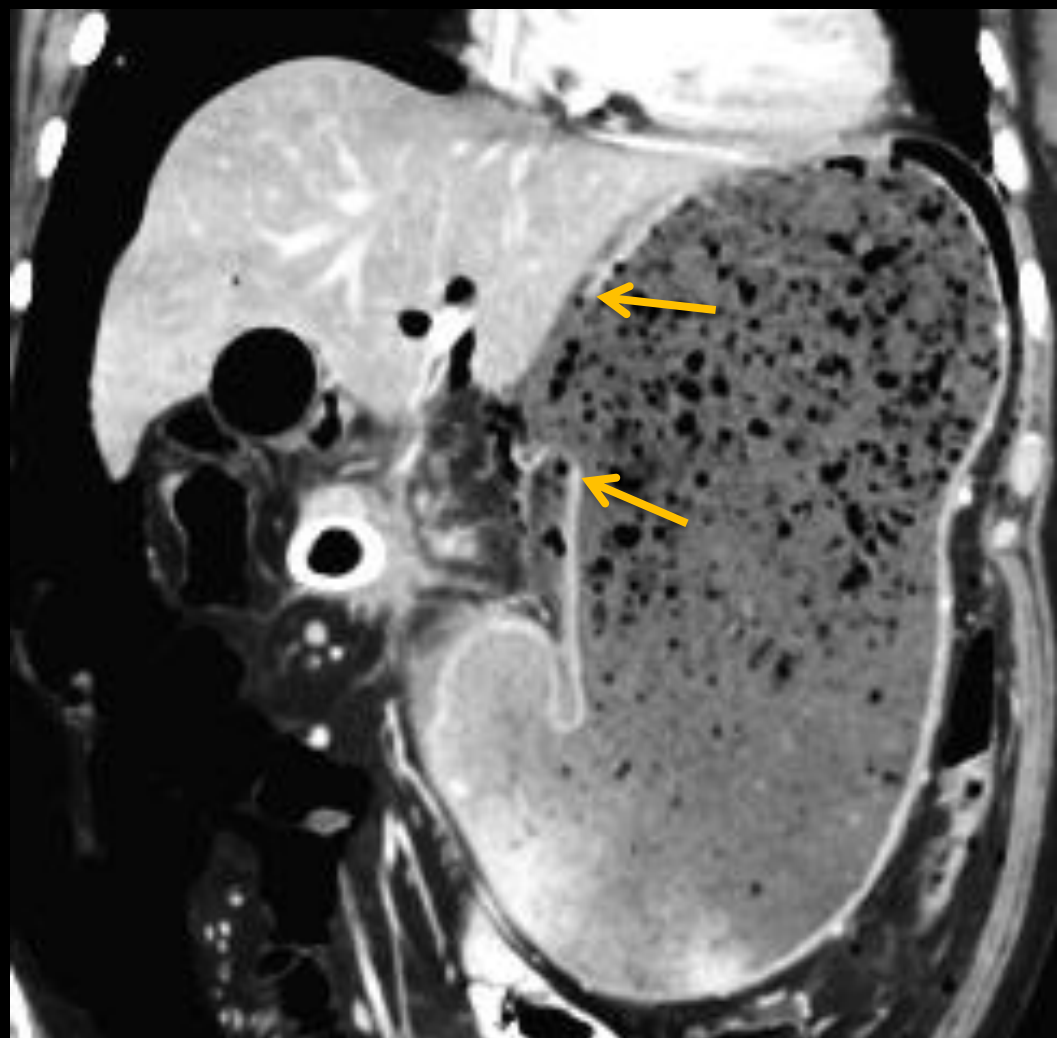
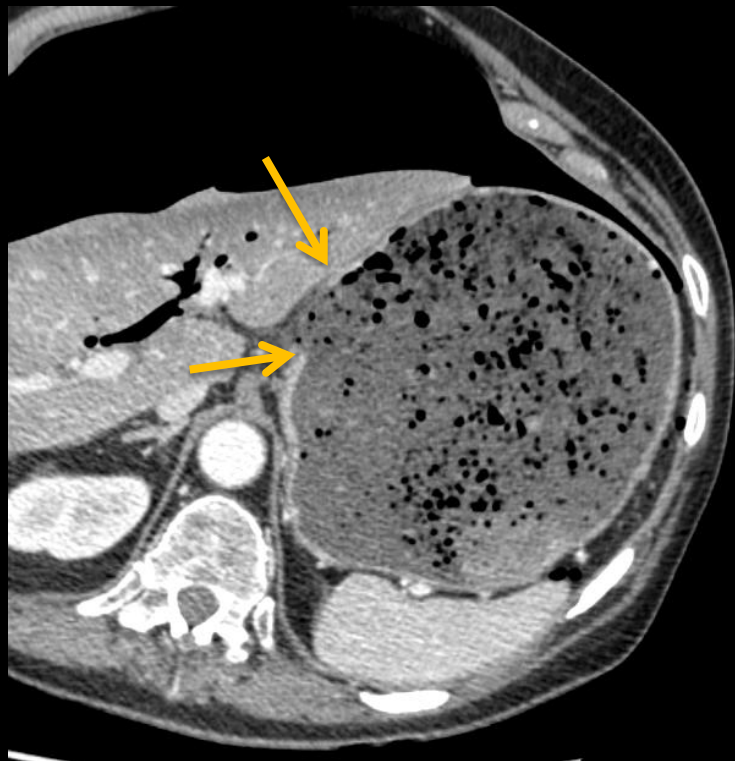
-le scanner confirme bien sur (et heureusement !) les éléments précédents : pneumobilie et pneumopéritoine



-le scanner
montre
parfaitement la
cause du
pneumopéritoine.

Quelle est-elle





-le défaut de rehaussement de la paroi gastrique sur plusieurs cm dans la région haute de la petite courbure avec issue du contenu gastrique dans le petit omentum adjacent confirment la **rupture de la paroi antérieure de l'estomac en péritoine libre** que laissait supposer le gros volume du pneumopéritoine .

-la surdistension gastrique par l'insufflation au cours de l'échoendoscopie sur un estomac de stase chronique par obstruction tumorale de l'endoprothèse duodénale est un élément causal majeur .

les ruptures gastriques non traumatiques ou "spontanées"

Les ruptures non traumatiques de l'estomac sont **rare**s.

La brèche pariétale peut atteindre 15 cm de hauteur

Elle siège préférentiellement sur la petite courbure sous-cardiale ou le fundus lorsqu'elle complique une surdistension.

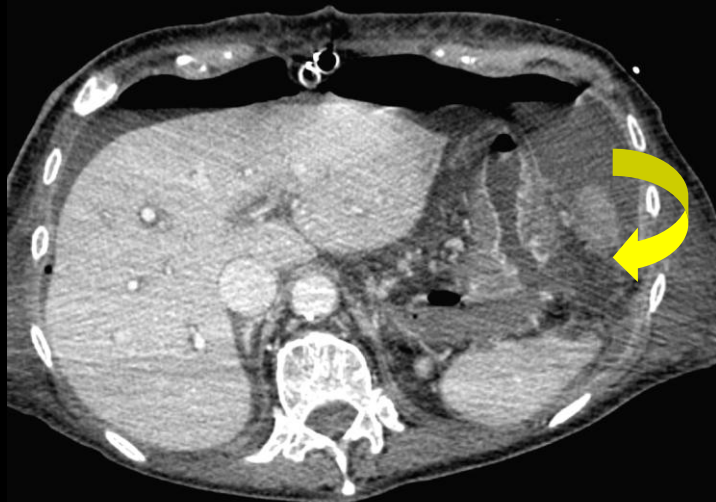
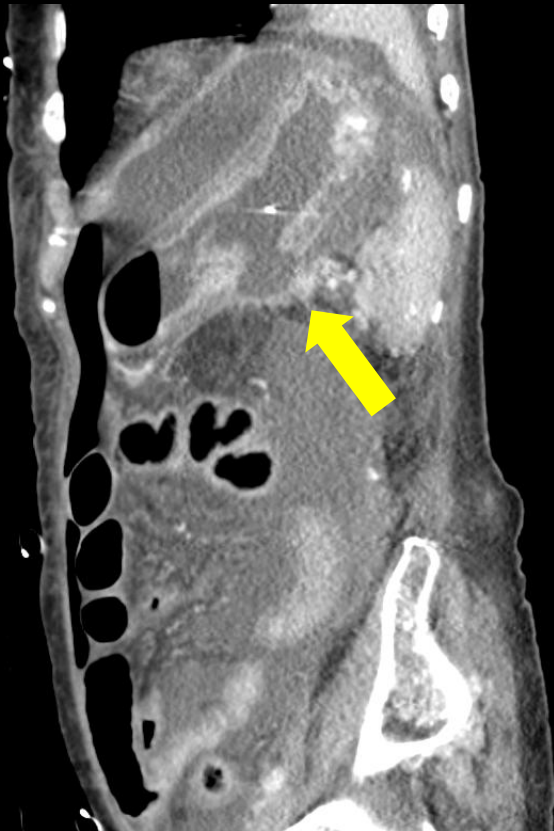
En temps normal, elle nécessite d'atteindre un volume > 4 L

L'augmentation de la pression gastrique en cas d'**obstacle pylorique** ou de la **jonction oeso-gastrique** empêchant la décompression représente le mécanisme habituel

Conditions de survenue décrites dans la littérature:

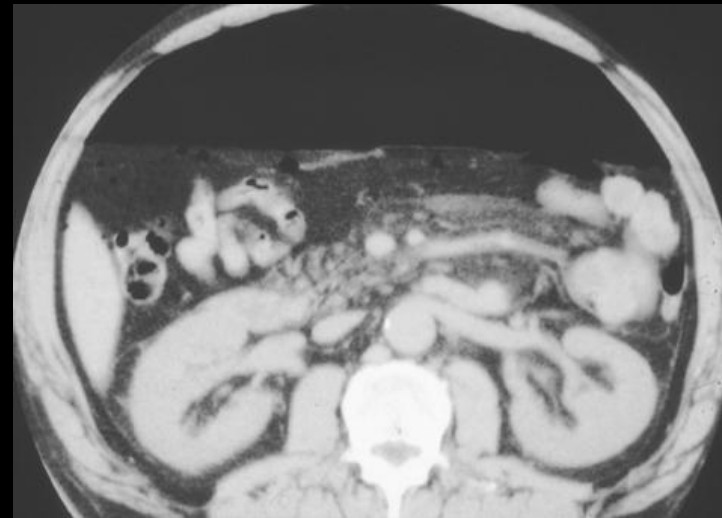
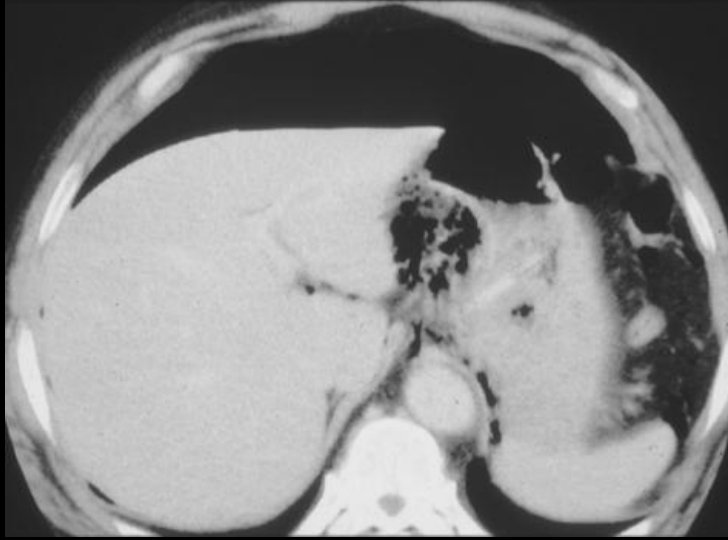
- mise en place de sonde de tamponnement oesophagiennes (VO)
- réanimation (bouche à bouche / massage externe)
- administration d'O₂ par une sonde nasale / VNI
- accident de plongée avec décompression rapide
- en cas de **traumatisme abdominal violent**, une rupture gastrique n'est observée que dans **moins de 2 % des cas**

Balian A et al. Pathologies gastriques rares. EMC (Elsevier SAS, Paris), Gastro-entérologie, 9-031-B-10, 2006



-rupture gastrique chez une patiente de 76 ans
, sous VNI dans les suites d'un choc
cardiogénique , après chirurgie coronaire.

(cas clinique Oncle Paul dans "archives" :
hépato-gastro-entérologie)



-rupture gastrique chez homme de 35 ans , néophyte **en initiation à la plongée** , à la suite d'une panique au cours d'un exercice d'entraînement dans une fosse de 15 m de profondeur

-volumineux pneumopéritoine et infiltration gazeuse massive du petit omentum avec diffusion au compartiment médian de l'espace para-rénal antérieur (rétropéritoine) .

-traitement non invasif par antibiothérapie IV et mise en aspiration . Guérison rapide

messages à retenir

-les ruptures non traumatiques de l'estomac sont des accidents exceptionnels survenant dans des circonstances comportant essentiellement une **distension massive et brutale de l'estomac** .

-parmi les facteurs favorisants , on peut retenir les pathologies obstructives antro-pyloriques ou cardio-oesophagiennes perturbant l'évacuation du gaz endoluminal et les anomalies de la vascularisation qui peuvent aggraver les conséquences gastriques d'une baisse du débit splanchnique

-dans les ruptures par surdistension gastrique , la brèche qui peut être étendue , siège le plus souvent sur la **partie haute de la petite courbure**

-les ruptures gastriques peuvent être favorisées par la **VNI** qui doit donc , en particulier , être évitée dans les suites précoces d'une chirurgie digestive haute comportant des anastomoses

