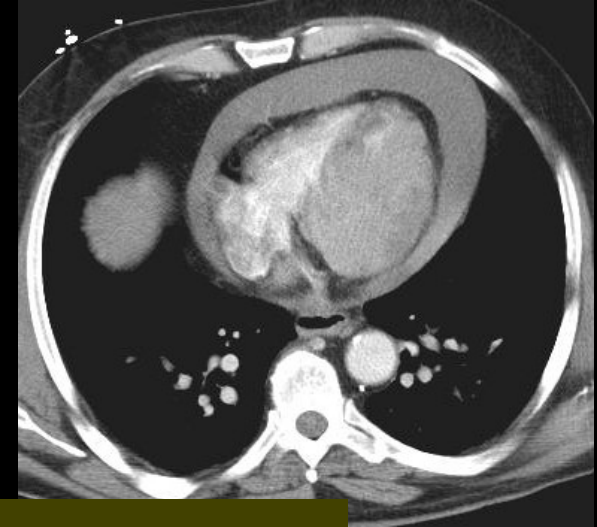
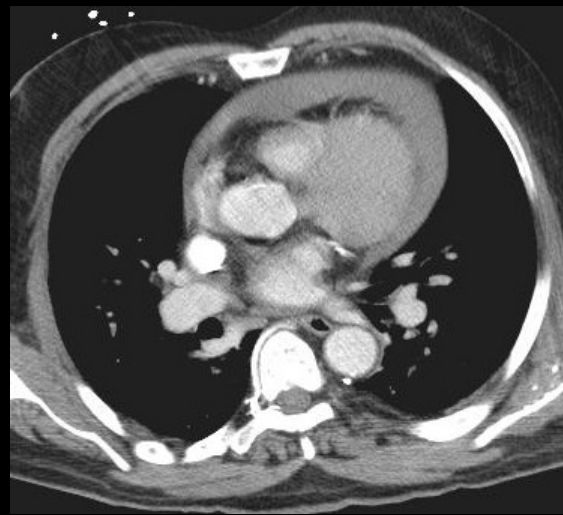
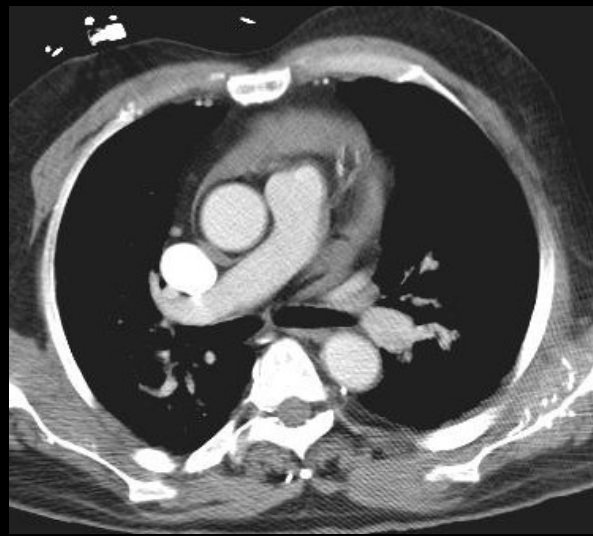


homme de 64 ans hospitalisé en réanimation chirurgicale après une collision en voiture (choc frontal à vitesse élevée ; bilan CT d'un polytraumatisme



quelles sont les principales anomalies observées





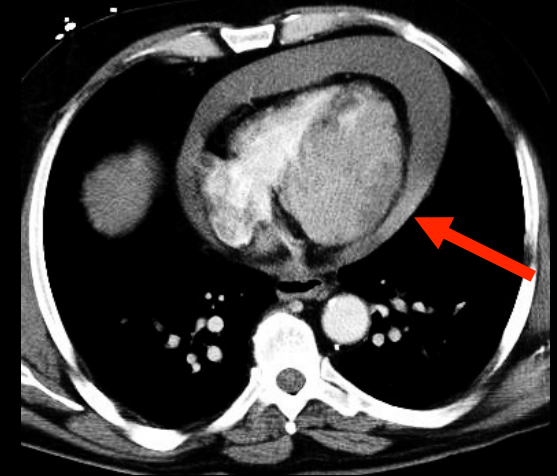
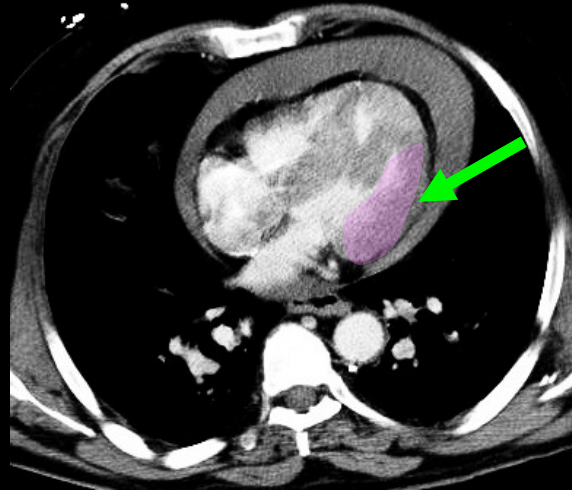
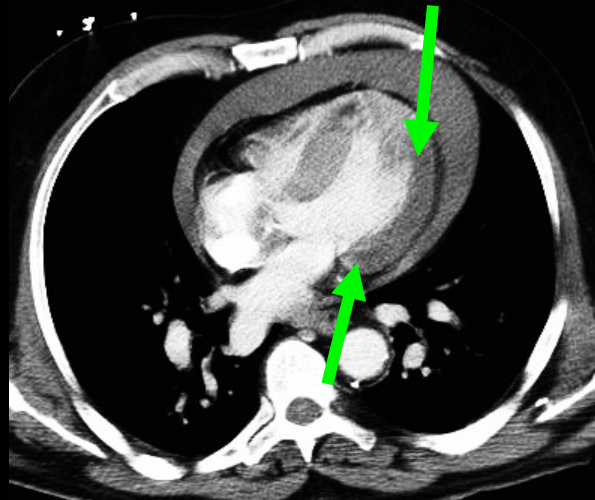
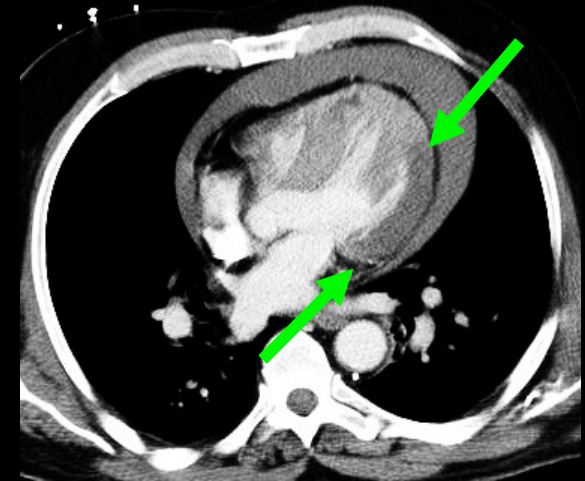
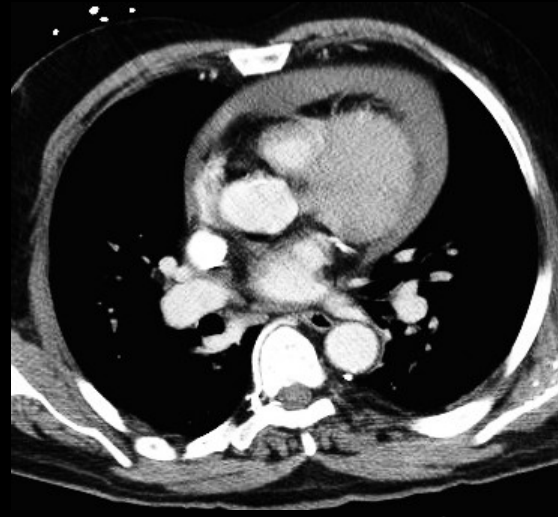
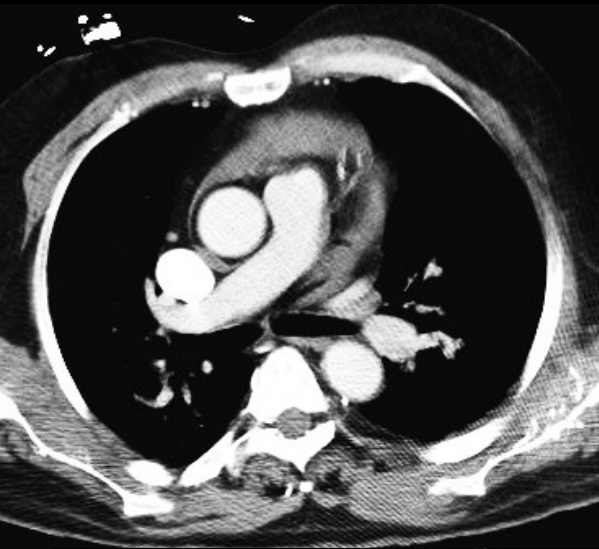
on peut retenir:

- .la présence d'un épanchement liquide abondant du péricarde
- .une hypertrophie concentrique du VG (probable cardiopathie hypertensive)
- .la présence de calcifications athéromateuses des parois aortiques et coronaires
- .l'absence de lésion traumatique patente de la cage thoracique



comment expliquer la présence d'un épanchement liquide péricardique en l'absence de lésion traumatique du plastron sterno-costal et des parties molles pariétales antérieures

il suffit de pincer un peu la fenêtre de visualisation pour montrer l'absence de rehaussement de la presque totalité de la paroi antéro-latérale du VG



infarctus transmural étendu de la paroi latérale avec rupture et épanchement liquide péricardique ; hyperdensité du contenu péricardique en regard de la rupture (hématome "sentinelle")

C'était bien un "malaise cardiaque" qui était à l'origine de l'accident !!! ...

Au total...

.le scanner peut montrer un **déficit de perfusion myocardique**, même si les acquisitions ne sont pas synchronisées à l'ECG

.à la lecture des images d'un scanner cardio-thoracique injecté, pensez à **optimiser la fenêtre de lecture pour déceler d'éventuelles anomalies de perfusion du myocarde**, surtout s'il existe des facteurs de risque (âge, HTA, tabagisme, calcifications coronaires proximales) et des manifestations cliniques à l'effort (dyspnée, blockpnée ...etc.)

.ne confondez pas cause et conséquence ... et sachez prendre en compte les éléments négatifs !
l'absence de lésion traumatique du squelette et de la paroi thoracique allait contre la responsabilité du traumatisme dans les lésions cardio-péricardiques

