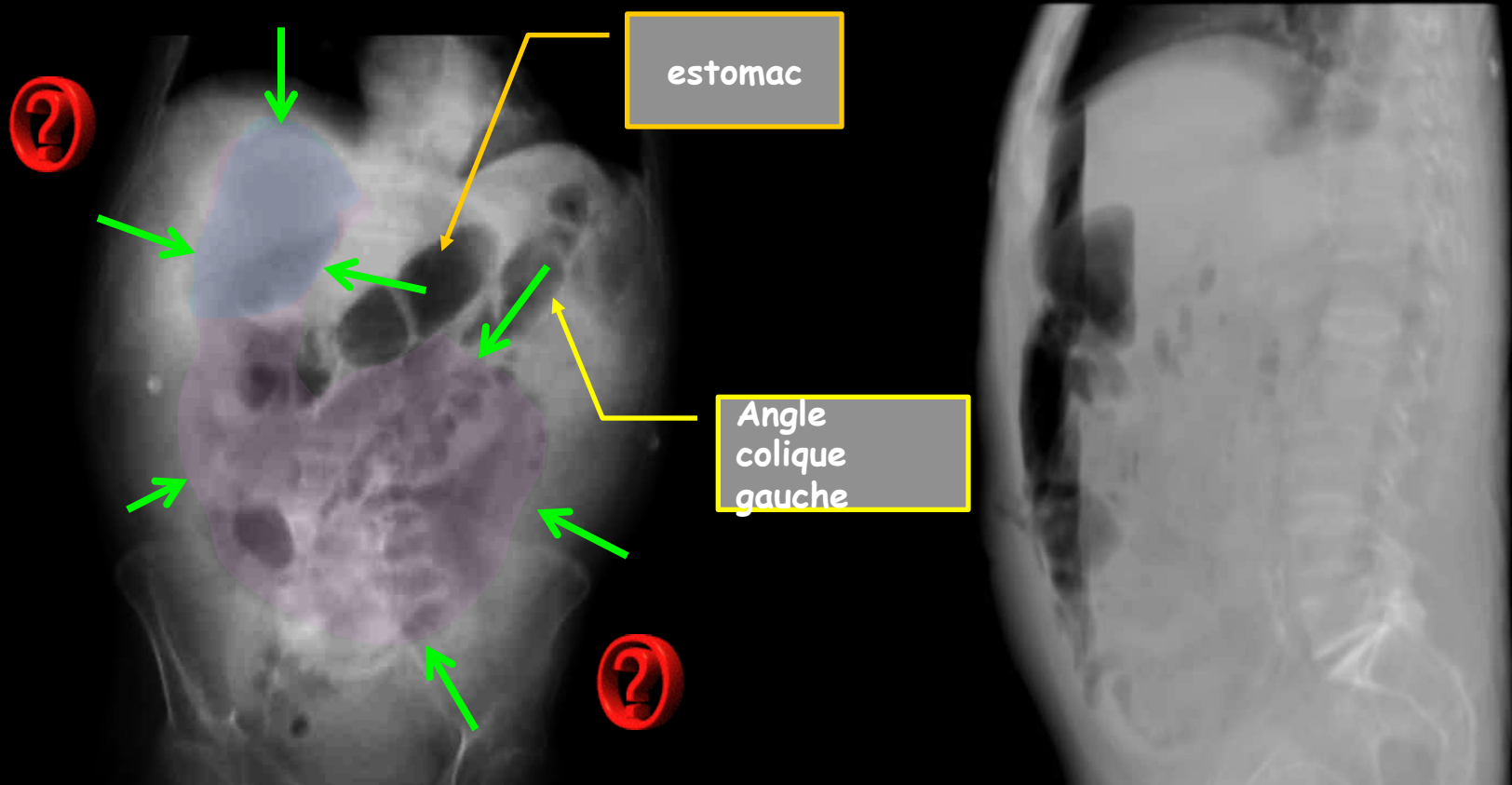


Patient de 69 ans .Hospitalisé en réanimation médicale pour **DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms)** , a priori secondaire à une injection de produit de contraste iodé hydrosoluble (scanner TAP pour bilan d' AEG).

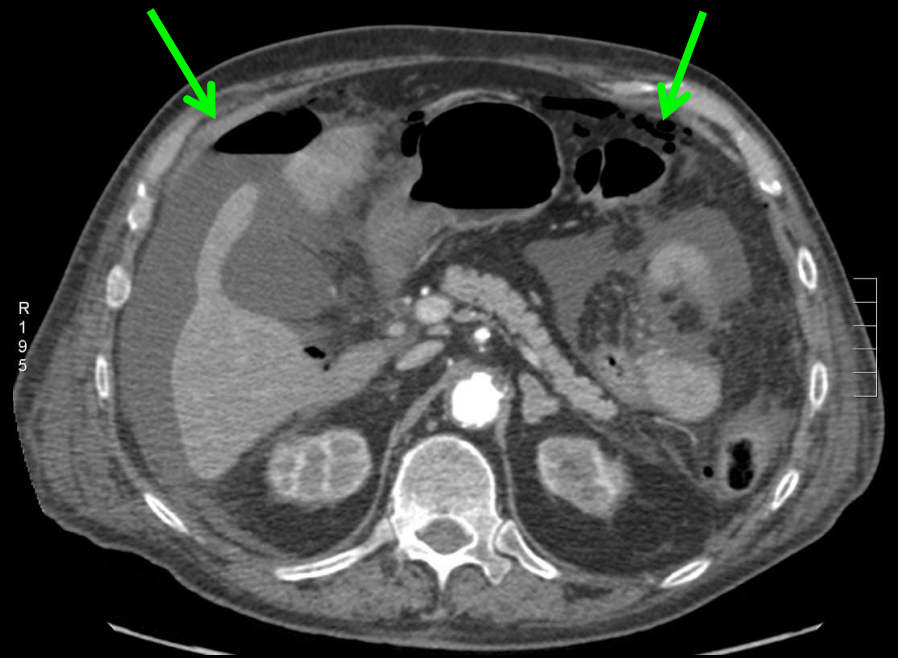
Tableau de douleurs abdominales de survenue brutale , en coup de poignard , avec contracture généralisée. Disparition de la matité pré hépatique à la percussion . Un scanner est pratiqué ; les deux images suivantes ne sont pas de simples "scout view". Quelle est la technique utilisée et quels sont les principaux éléments sémiologiques observés



"pseudo"ASP en décubitus au scanner (visualisation de l'acquisition avant injection de PCI en volume total et projection en moyenne d'intensité : average) ; équivalent d'un cliché d'ASP en décubitus avec rayon directeur vertical + projection latérale . Analysez soigneusement les images gazeuses et trouvez leur origine

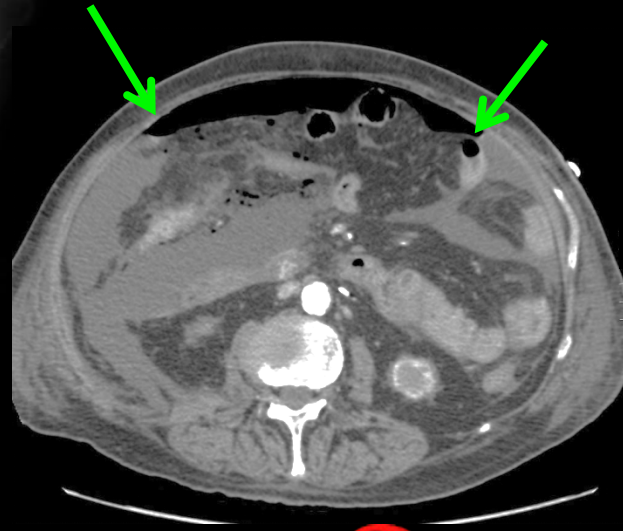


Ce sont les images caractéristiques de la bulle gazeuse d'un volumineux pneumopéritoine de l'étage sus mésocolique . Elles expliquent la **disparition de la matité préhépatique** à l'examen physique (pour ceux qui le pratiquent encore... ; elles signent la perforation en péritoine libre d'un **ulcère de la face antérieure** du bulbe ou de l'estomac . L'examen aurait pu (du!) s'arrêter là....



Les coupes scanographiques confirment bien évidemment le pneumopéritoine avec sa composante pré hépatique

Les contours de la bulle gazeuse du pneumopéritoine sont parfaitement visibles sur l'image par projection des moyennes d'intensité du contenu abdominal



Comment préciser le siège exact de la perforation

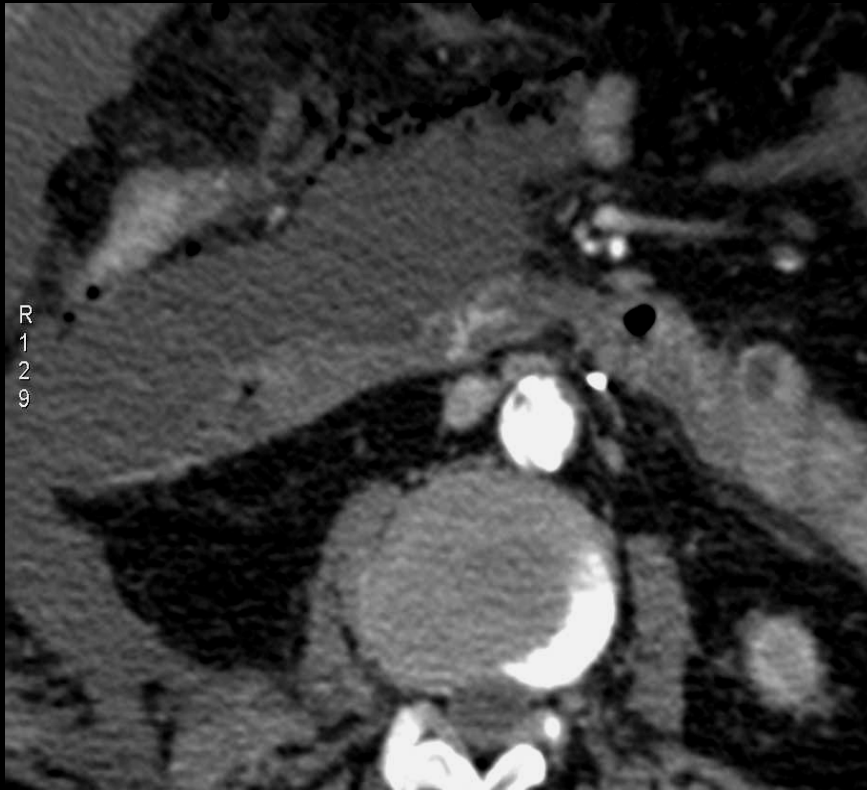
Il suffit de faire ingérer un peu d'opacifiant iodé hydrosoluble dilué !



-Fuite de contraste dans la cavité abdominale

-Origine en regard de la jonction D2-D3 (face antérieure du genu inferius



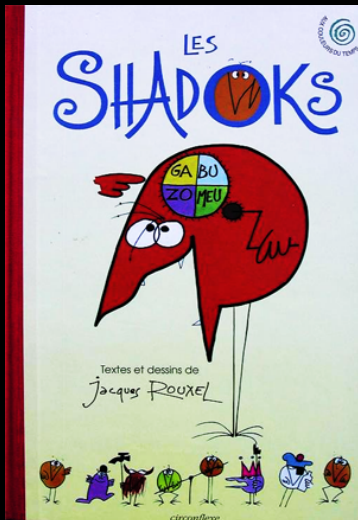


- Défect pariétal antérieur
duodénal à la jonction D2 -
D3 : siège inhabituel
puisque'au-delà de la papille

Constatations peropératoires correspondantes à
l'imagerie : **ulcère duodénal perforé.**

Berges de l'ulcère propres, suture simple.

Etiopathologie avancée : ulcère de stress (séjour en
service de réanimation))



**"pourquoi faire simple quand on
peut faire compliqué"**

Les Shadoks

take home message

-les acquisitions volumiques au scanner peuvent être traitées en reformation frontale et **visualisées en projection d'intensité moyenne (averageIP)**. On obtient des images de l'ensemble du volume exploré en projection frontale sur un sujet en décubitus, sur lesquelles l'analyse des structures gazeuses endo et exoluminales est très nettement améliorée par rapport à un cliché d'abdomen sans préparation classique ou au "scout-view" d'une exploration scanographique

-les signes classiques du pneumopéritoine sur un cliché d'abdomen sans préparation en décubitus avec rayon directeur vertical sont facilement objectivés sur ce type d'images :

- .bulle gazeuse se projetant sur l'opacité hépatique

- .silhouettage du péritoine pariétal latéral par bulle gazeuse conduisant à l'image "en ballon de football américain" classique.

Bien entendu ces images ne sont observées en cas de volumineux pneumopéritoine.

-Les **ulcères de stress** sont observés chez des malades de réanimation médicale ou surtout chirurgicale. Ils se révèlent fréquemment par un syndrome perforatif et /ou des hémorragies. Ils sont parfois dénommés dans la littérature américaine **ulcères de Cushing**, qui est crédité de leur première description en 1932. La prévention de leur survenue est assurée par la prescription d' **inhibiteurs de la pompe à protons**

-il est facile d'objectiver la perforation ulcéreuse au scanner par le **balisage du tube digestif aux hydrosolubles iodés**. Par contre cette méthode ne doit pas être utilisée en cas d'hémorragies digestives puisque l'extravasation de produit de contraste serait masquée