

1. Anatomie et techniques d'exploration de l'estomac

2. Pathologie tumorale de l'estomac

A tumeurs épithéliales

B lymphomes

C tumeurs conjonctives

D tumeurs endocrines

E métastases

3. Pathologie inflammatoire et mécanique

A gastrites aiguës et chroniques

B gastrites à gros plis

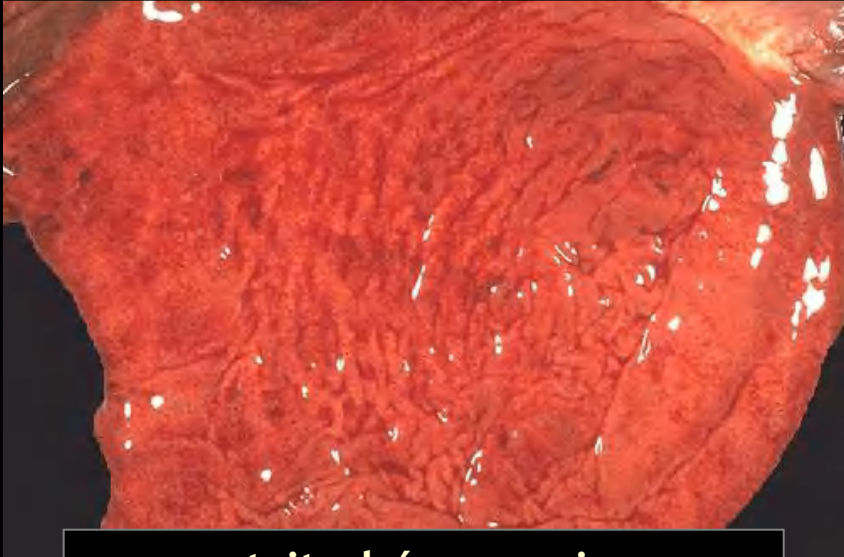
C maladie ulcéreuse et perforation

D autres

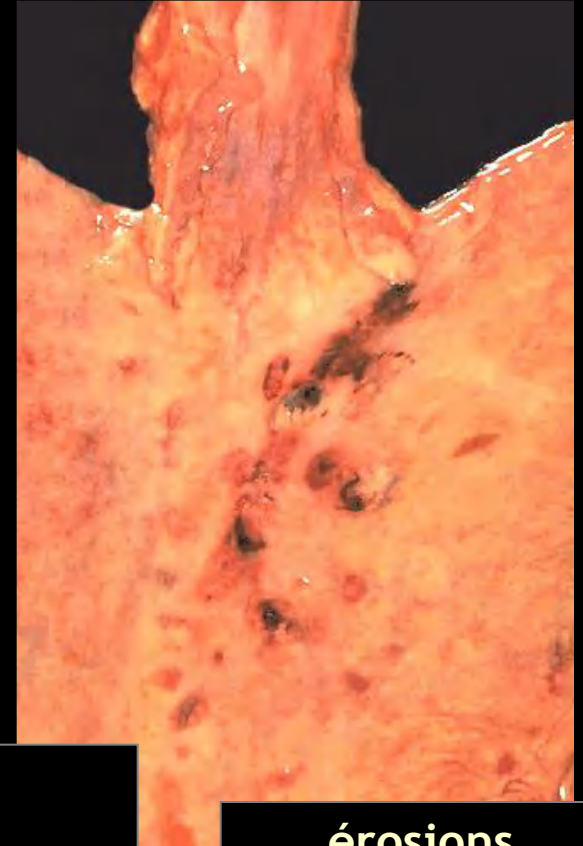
4. Malformations gastriques

5. Chirurgie bariatrique

Gastrites aiguës et chroniques



gastrite hémorragique

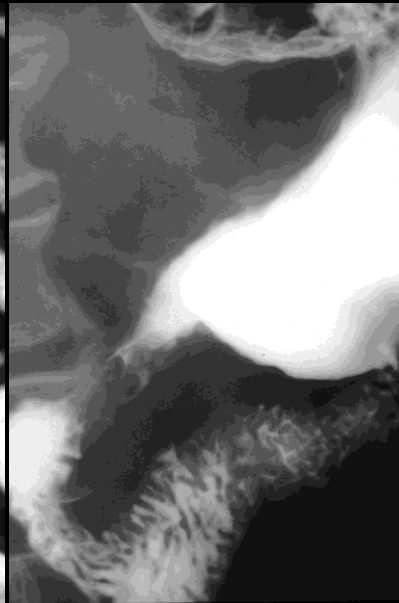


érosions

- Inflammation de la muqueuse gastrique
- Aiguës (inflammation de la muqueuse) ou chroniques (inflammation + atrophie de la muqueuse)
- Étiologies diverses / Topographie variable
- Atrophiques ou hypertrophiques

GASTRITES AIGUËS EROSIVES

- Principalement **infectieuses** : Helicobacter pylori, plus rarement streptocoques, staphylocoques, Proteus ou E.Coli sous forme phlegmoneuse grave
- Virales notamment chez le patient immunodéprimé : CMV ou herpès virus
- **Toxiques** (alcoolique et AINS)
- **Post radiques**

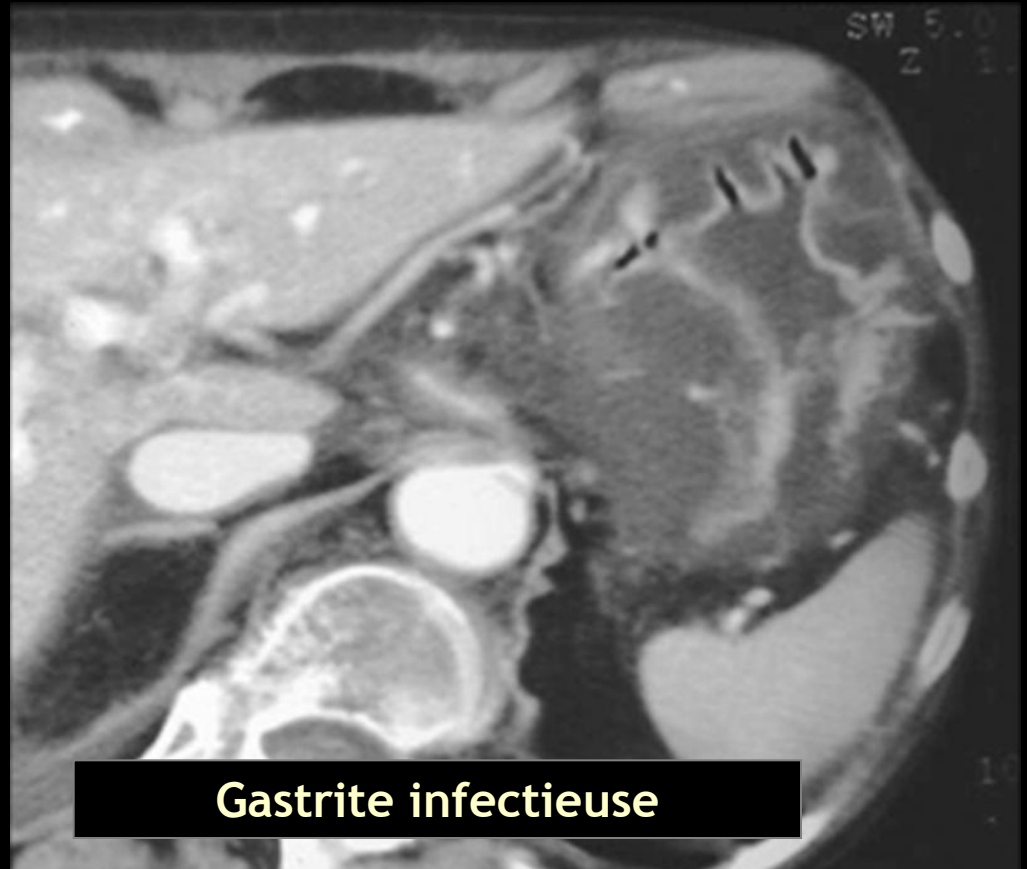


Gastrite à HPylori = antrale +++

Gastrite à CMV = rétrécissement

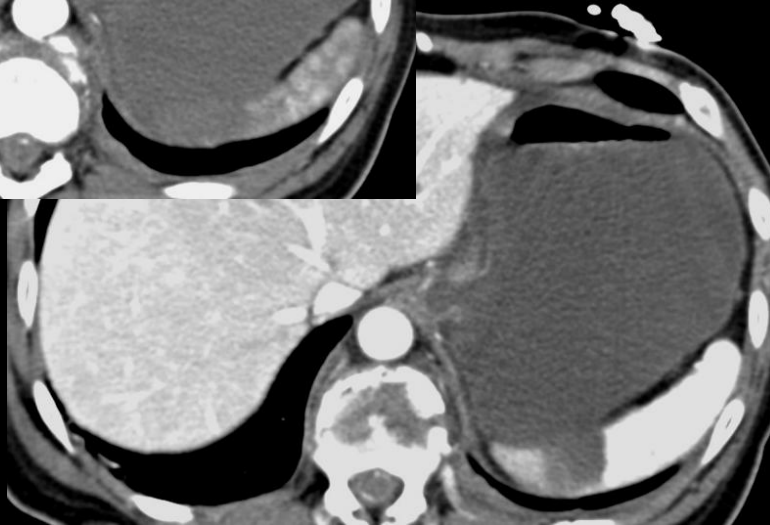
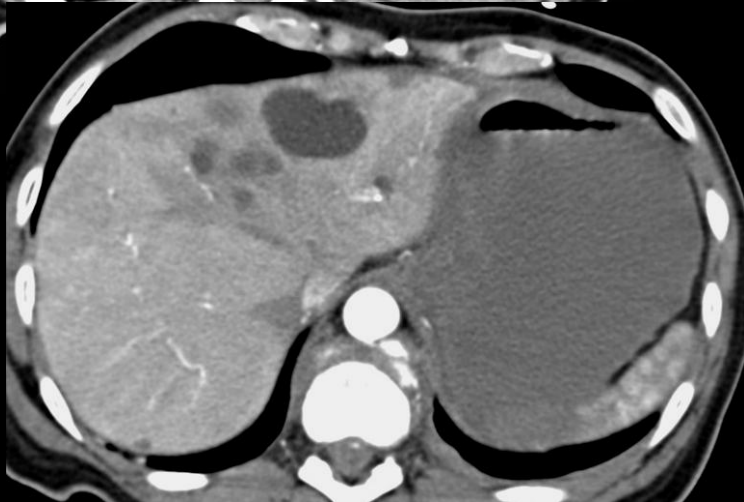
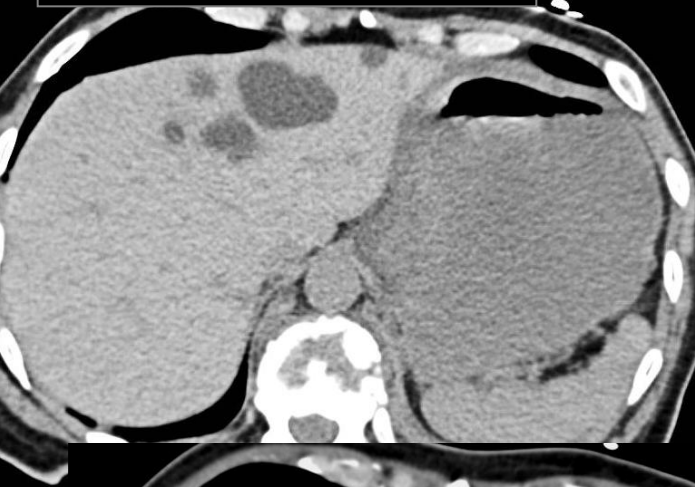
GASTRITES AIGUËS EN IMAGERIE

- Aspécifique
- Epaississement de paroi avec sous-muqueuse hypodense et prise de contraste intense de la muqueuse

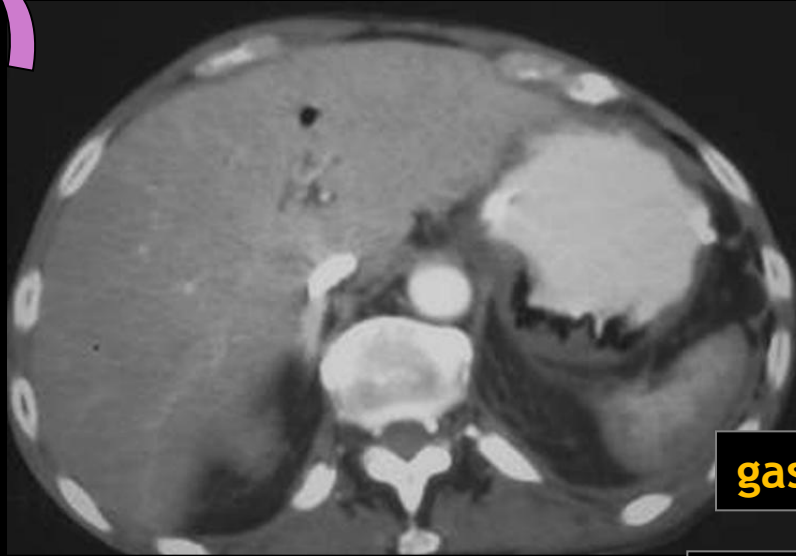


Gastrite infectieuse

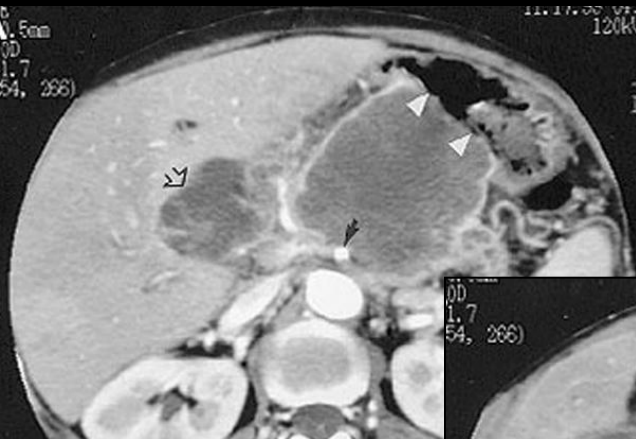
Gastrite caustique
(Javel et Destop)



Estomac atone, erosion, hémorragie
A distance: sténose caustique

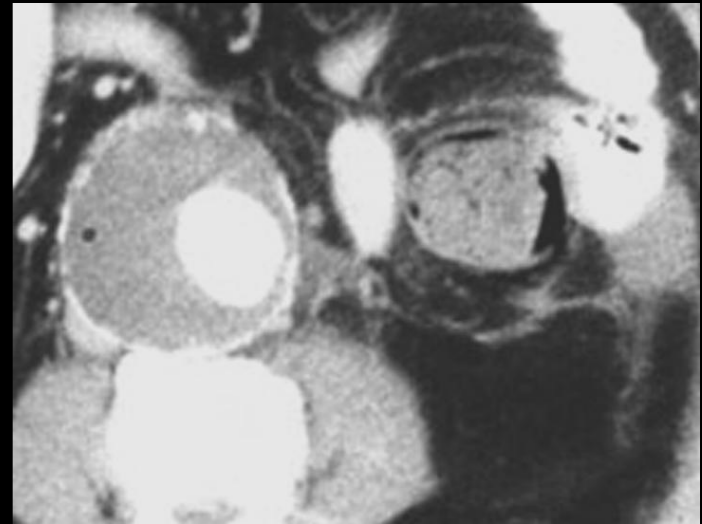
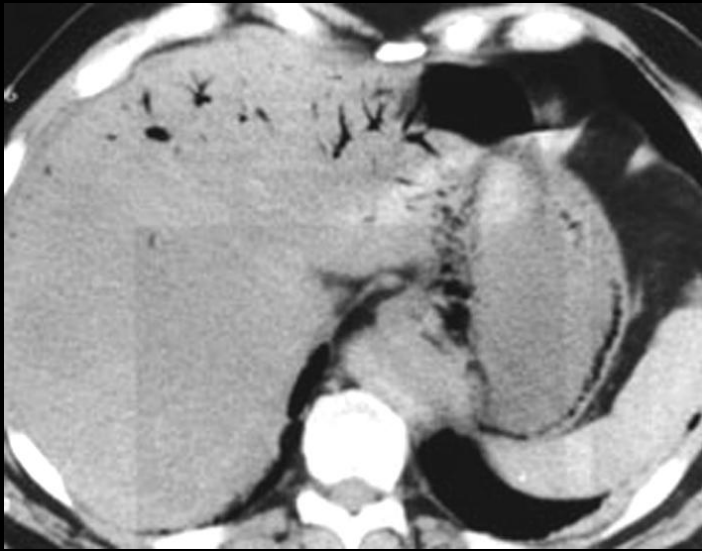


gastrites emphysémateuses

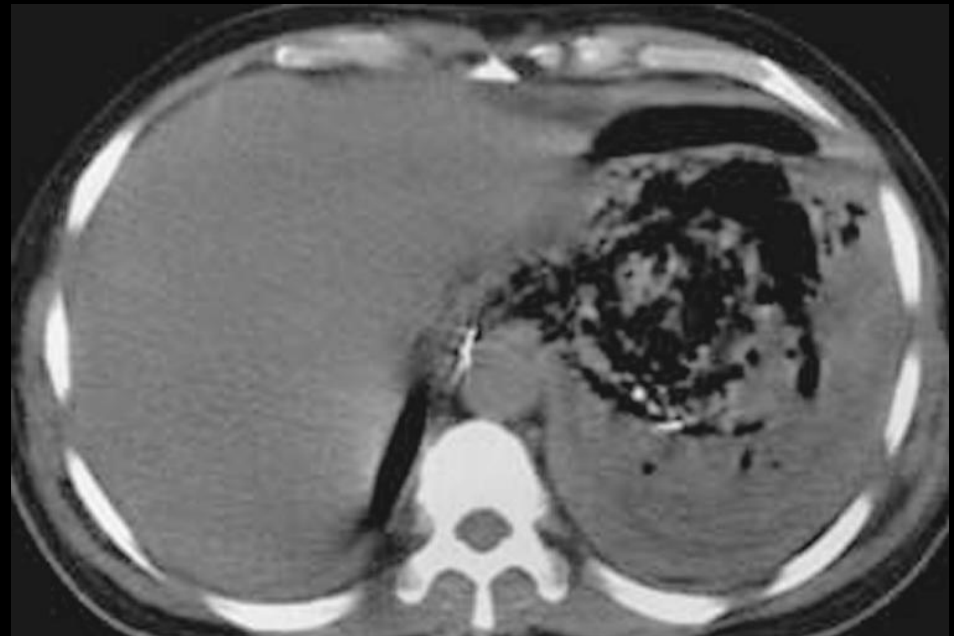


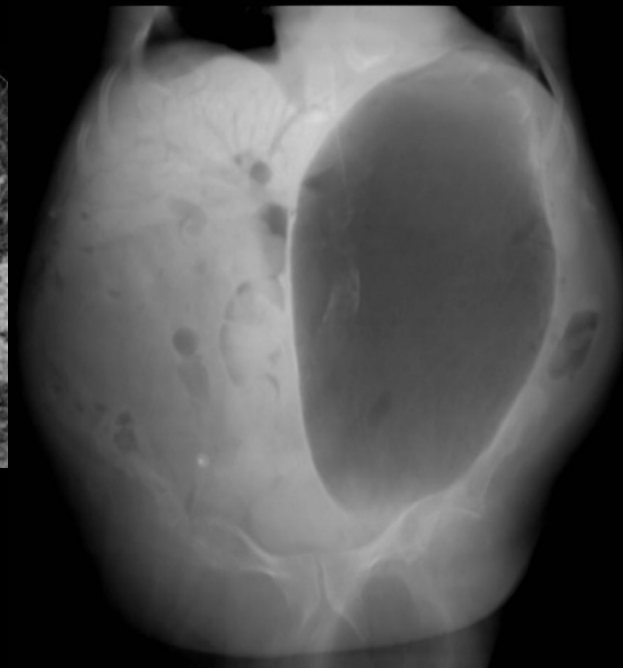
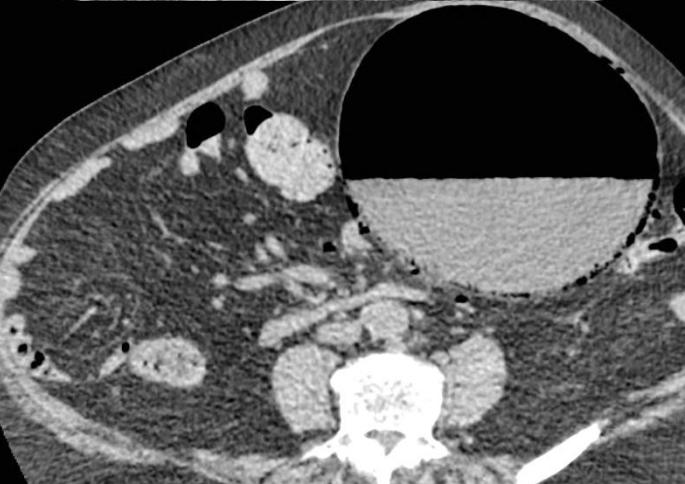
+ ADK

- Gaz d'origine bactérienne
- ingestion de caustiques
- abus alcool
- gastroentérite
- chirurgie gastrique récente
- associée à l'infarctus gastrique
- terrain diabète leucémie
- adénocarcinome
- mucormycose



gastrites emphysémateuses

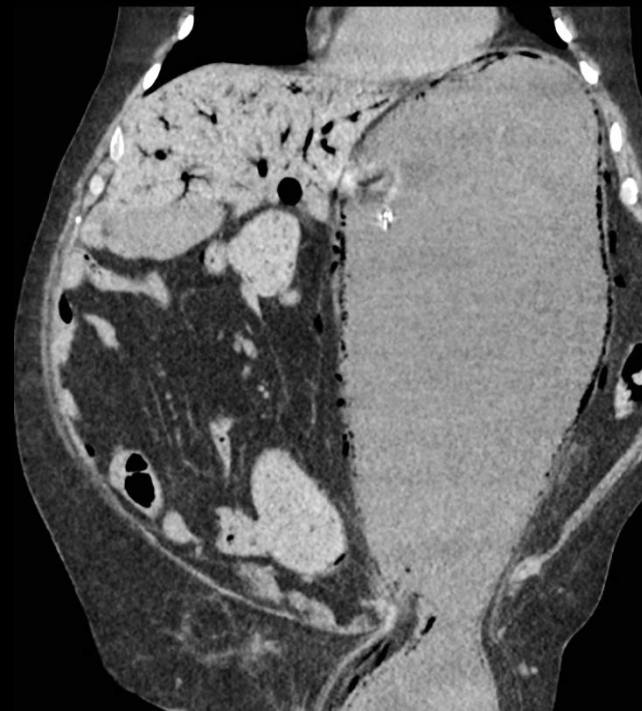
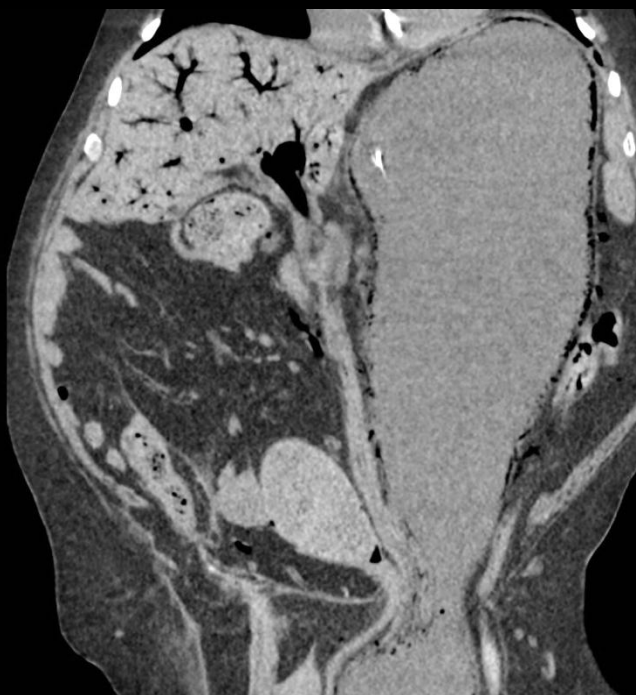




75 ans

Syndrôme occlusif

Pas de défaillance hémodynamique



Chirurgie : réduction de la hernie.
Pas de nécrose gastrique : **gastrite
emphysémateuse**
Contrôle à 15j



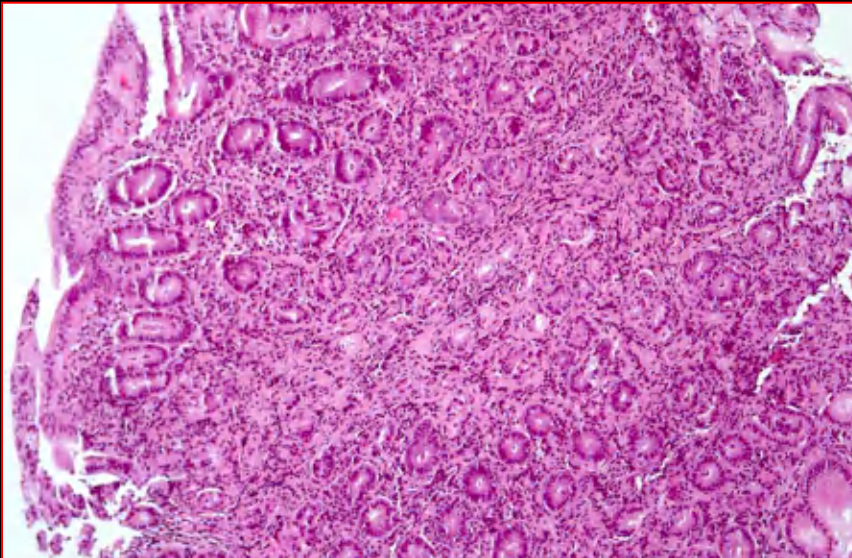
GASTRITES CHRONIQUES ATROPHIANTES (pré-cancéreuses)

a/ TYPE B : à *Helicobacter pylori*

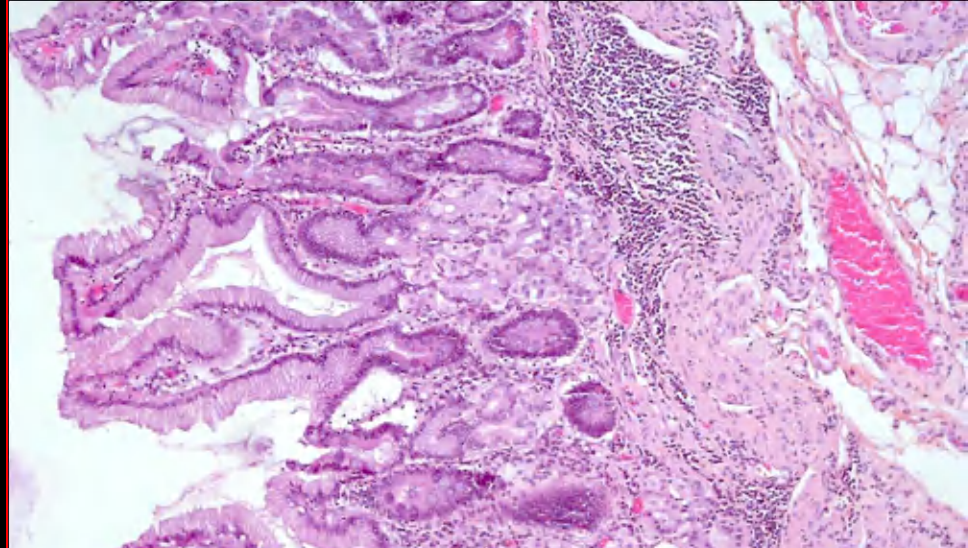
- sub-aiguë antrale
- infiltrat lymphoplasmocytaire du chorion
- devient chronique superficielle puis plans profonds
- désorganisation des glandes vers l'atrophie la métaplasie et la dysplasie

b/ TYPE A : auto-immune :

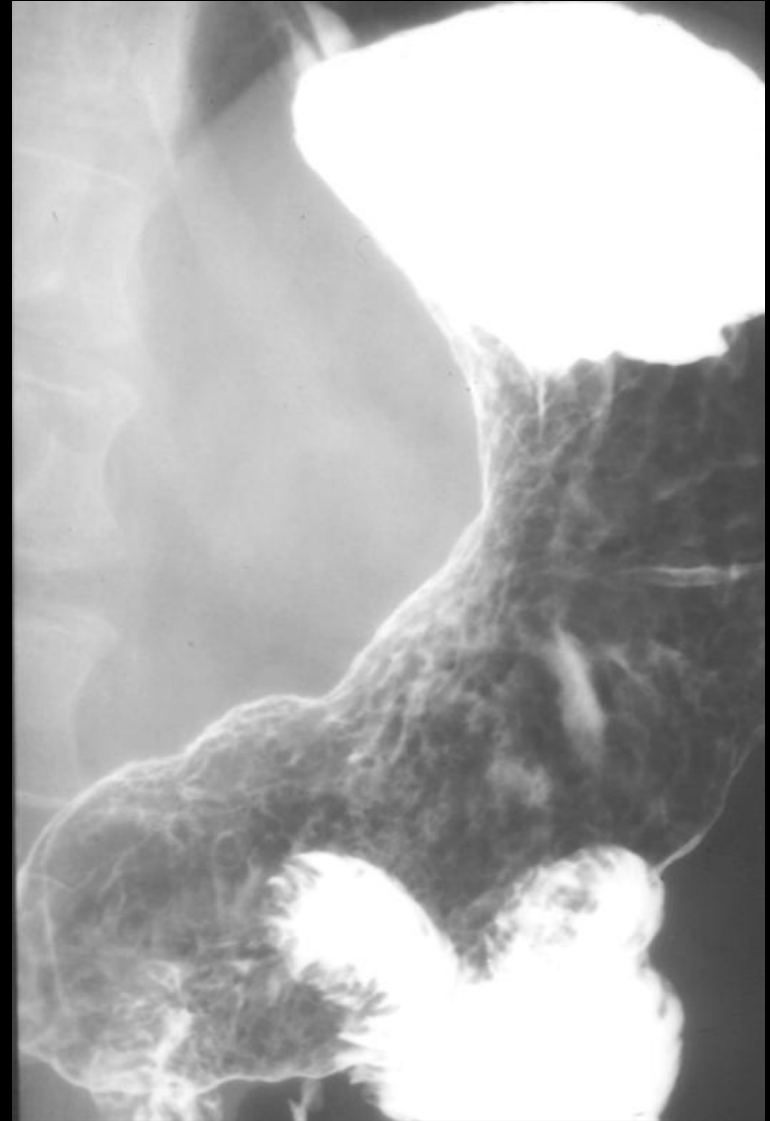
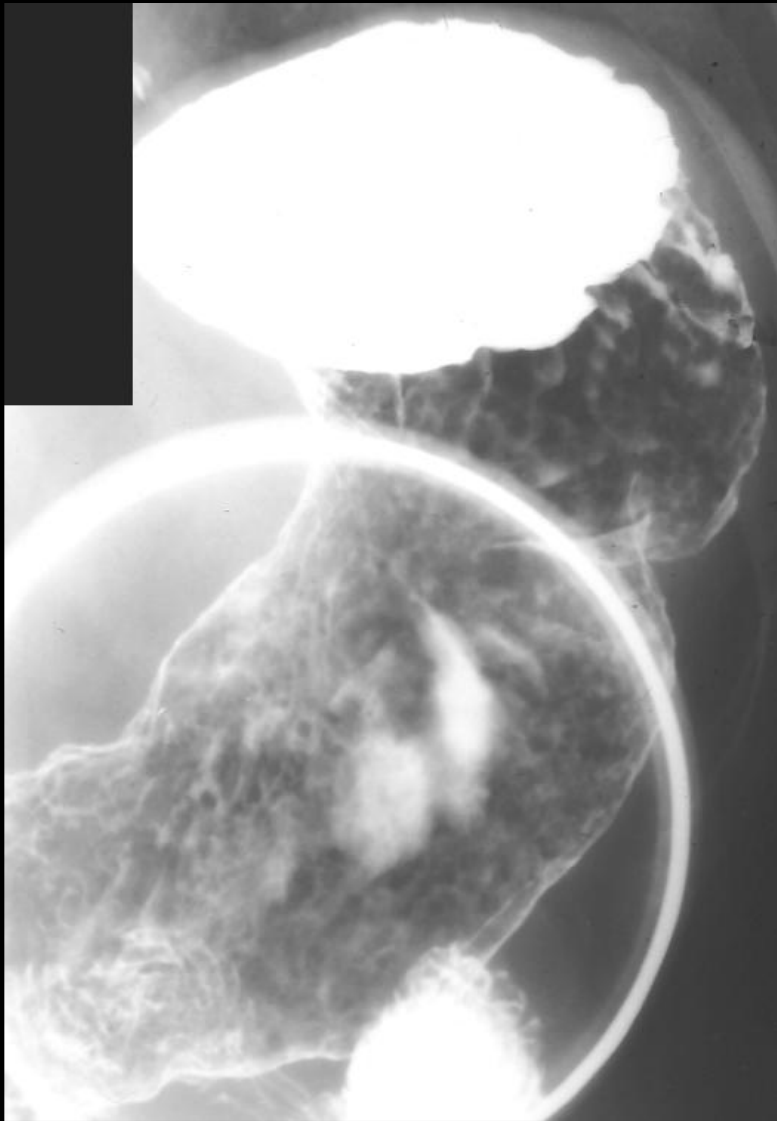
- Fundique
- infiltrat lympho-plasmocytaire abondant périglandulaire
- autoanticorps dirigés contre les cellules pariétales ou le Facteur Intrinsèque, évolue vers l'atrophie muqueuse et la métaplasie antrale



Gastrite antrale avec infiltrat inflammatoire



Gastrite fundique avec métaplasie jéjunale



gastrite chronique ; dysplasie modérée

1. Anatomie et techniques d'exploration de l'estomac
2. Pathologie tumorale de l'estomac
 - A tumeurs épithéliales
 - B lymphomes
 - C tumeurs conjonctives
 - D tumeurs endocrines
 - E métastases
3. Pathologie inflammatoire et mécanique
 - A gastrites aiguës et chroniques
 - B gastrites à gros plis**
 - C maladie ulcéreuse et perforation
 - D autres
4. Malformations gastriques
5. Chirurgie bariatrique

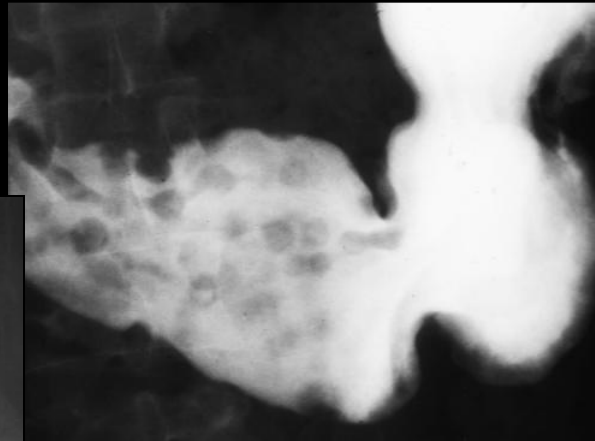
Gastrite non atrophiante = à gros plis

a/ Gastrite lymphocytaire

- étiopathogénie mal connue
- infiltrat muqueux de lymphocytes T
- formes antrales pures liées elles à H.pylori
- Aspect macroscopique : gastrite varioliforme



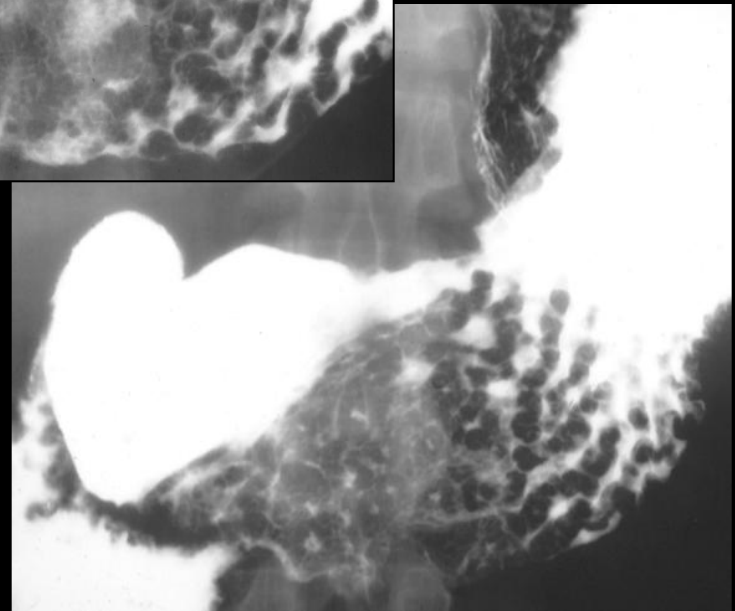
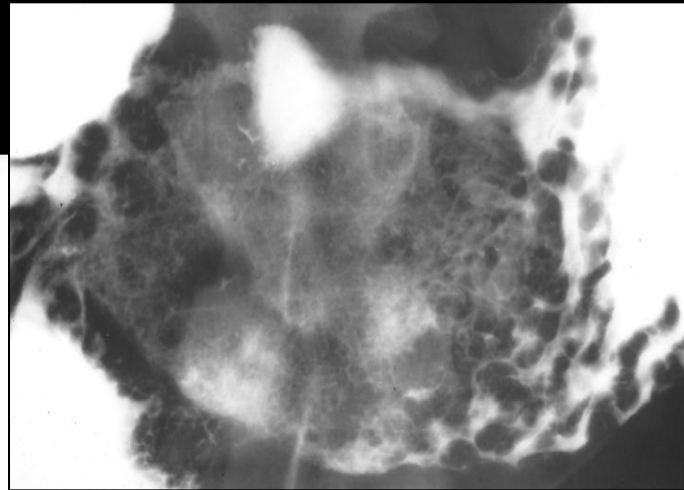
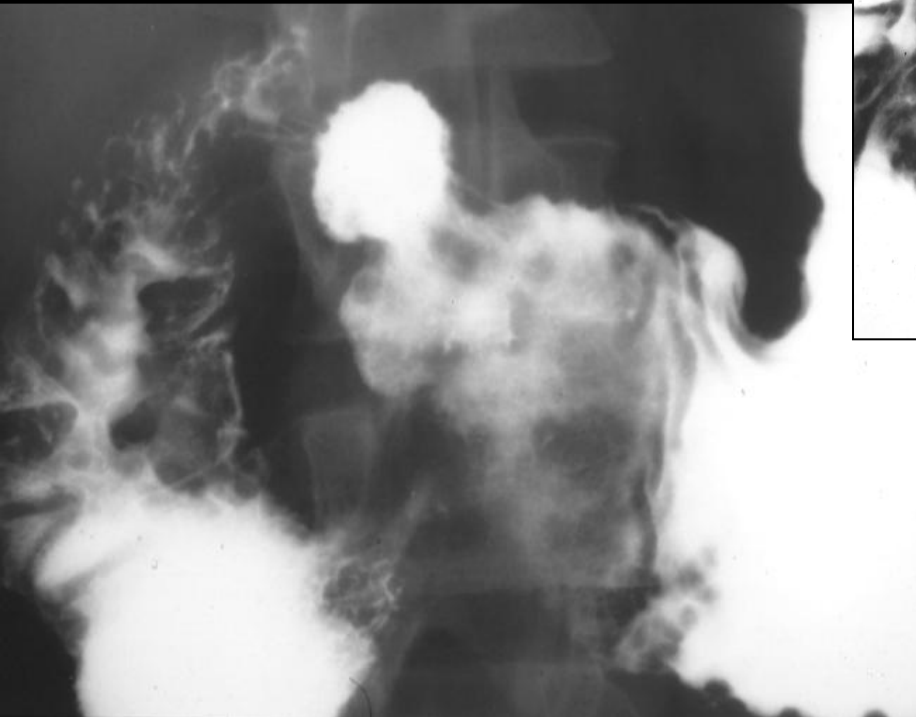
plis élargis, nodules
ombiliqués diffus et
érosions



Gastrite non atrophiante

b/ Gastrite granulomateuse

- Rare
- infiltration à gros plis de la région antrale
- principales étiologies : maladie de Crohn, tuberculose et amylose digestive



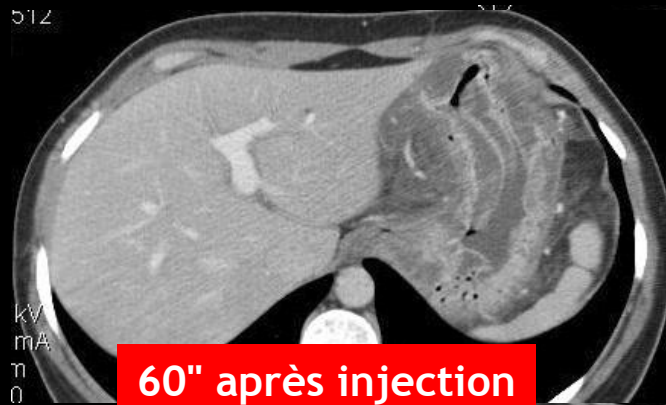
Gastrite non atrophiante

c/ Gastrite à éosinophiles

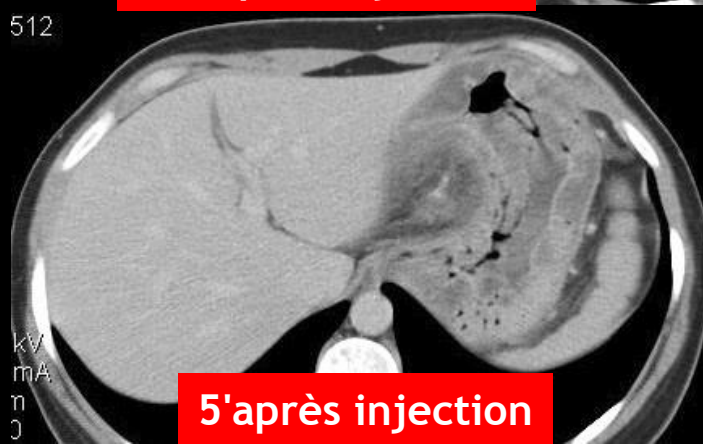
- Rare
- infiltrat à polynucléaires éosinophiles de la paroi gastrique
- principalement antral, peut atteindre tout le tube digestif
- phénomène allergique alimentaire mais de tels infiltrats se rencontrent dans les parasitoses
- Macroscopiquement aspect pseudo tumoral même sténosant voire ulcéré



avant injection



60" après injection



5'après injection



jeune femme 34 ans, épigastralgies **aiguës** de **survenue assez brutale**

avant injection



60" après injection



5'après injection



quelle question faut-il poser pour orienter le diagnostic

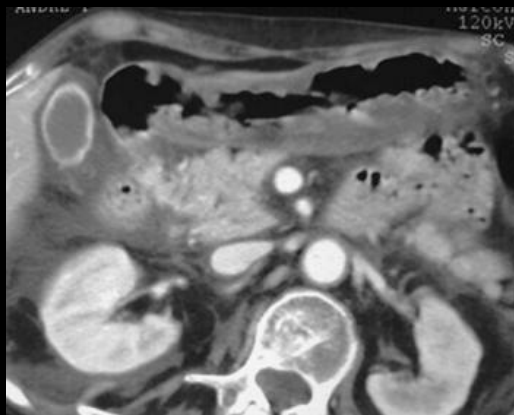
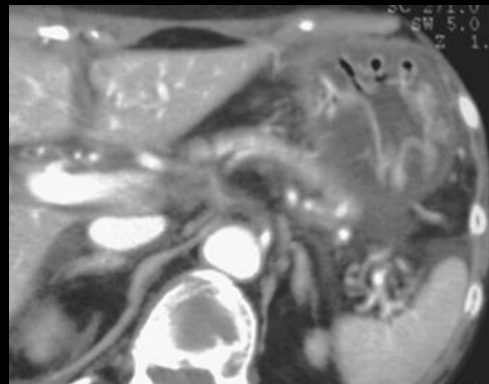
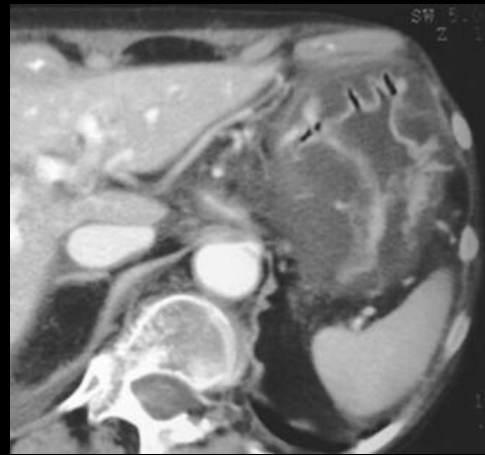
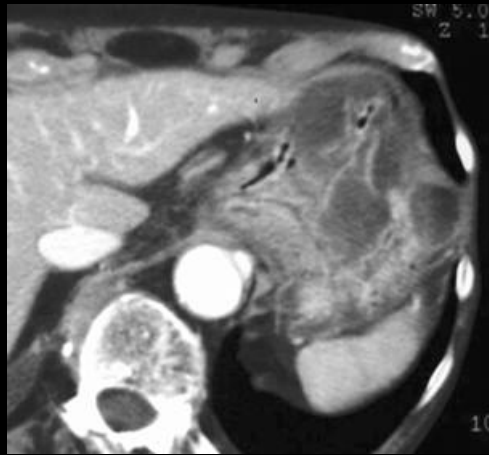


quelle question faut-il poser pour orienter le diagnostic ?

aimez vous les sushis



gastrite à éosinophiles ! !
anisiakase



avant IV



60" après IV



5' après IV

gastrite aiguë infectieuse

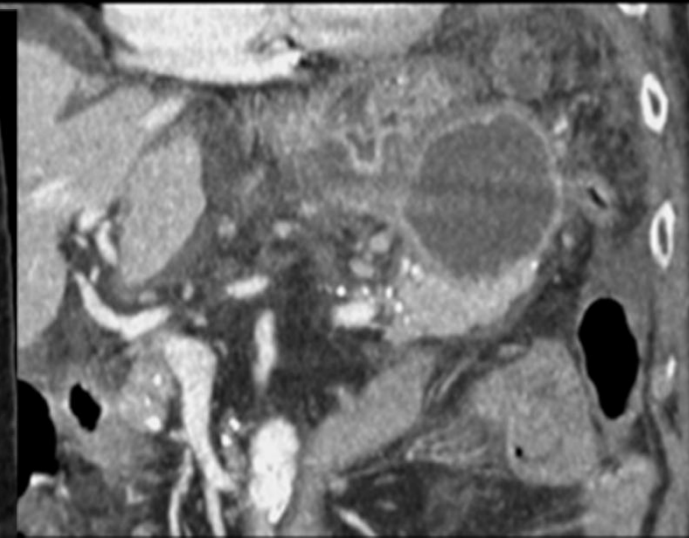
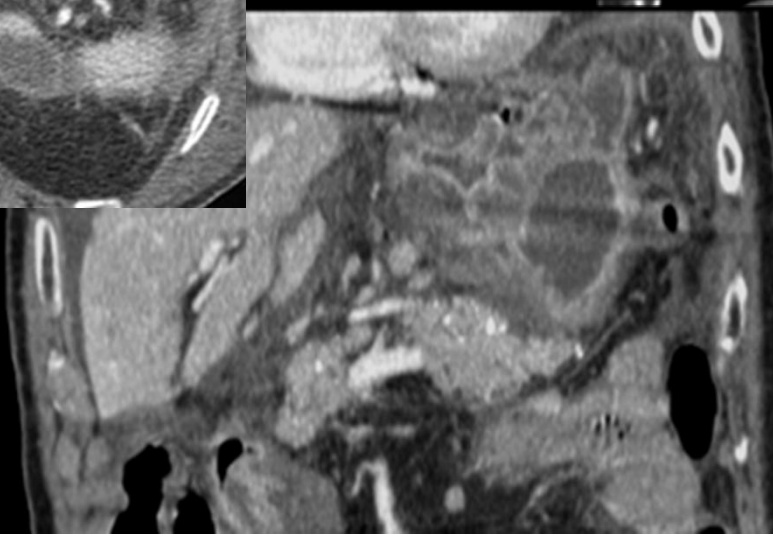
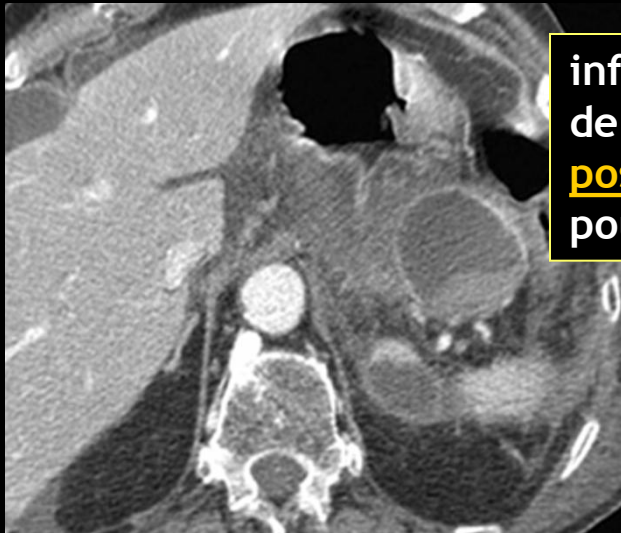
Gastrite non atrophiante

d/ Inflammatoire réactionnelle

- fréquentes
- pancréatites aiguës
- réaction inflammatoire extrinsèque
- épaississement à gros plis



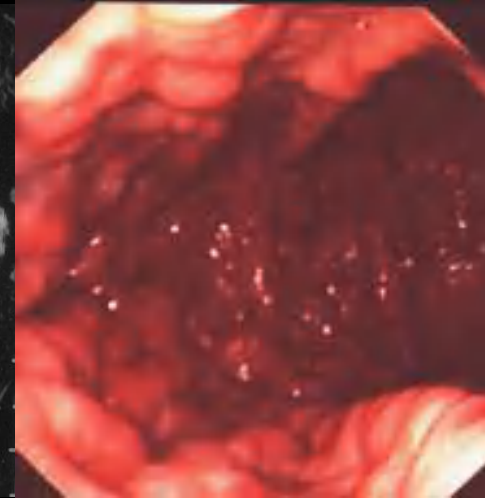
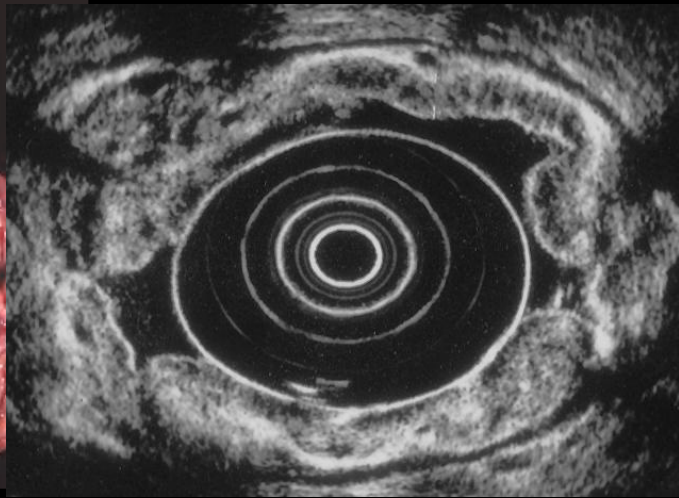
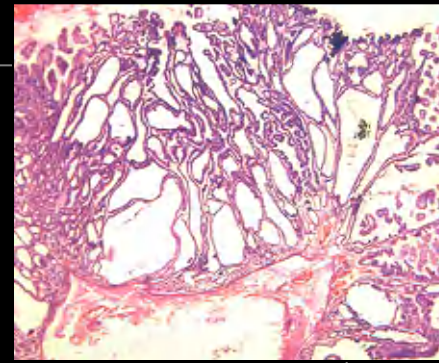
inflammation trans séreuse
de la paroi gastrique
postérieure au cours d'une
poussée aiguë sur PCC

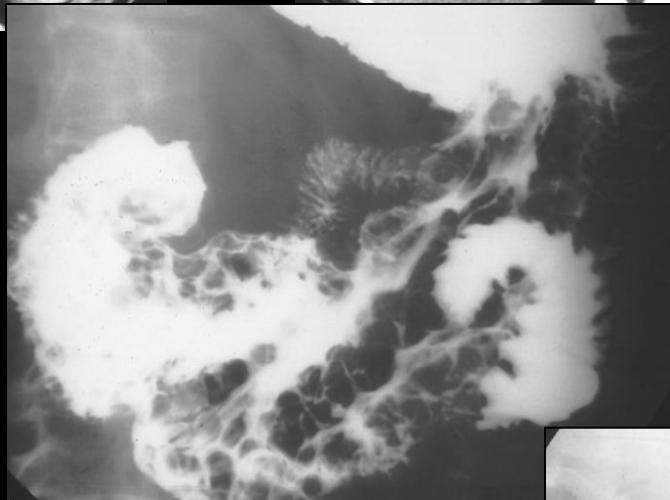
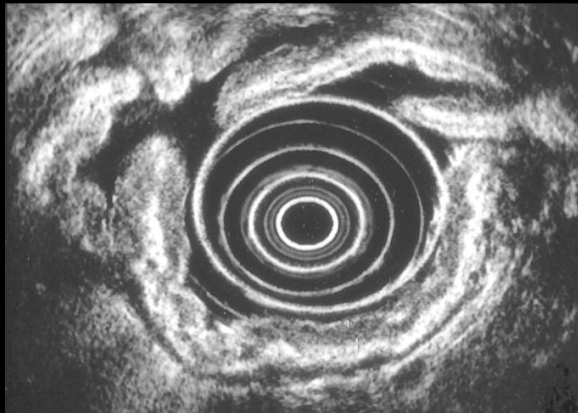
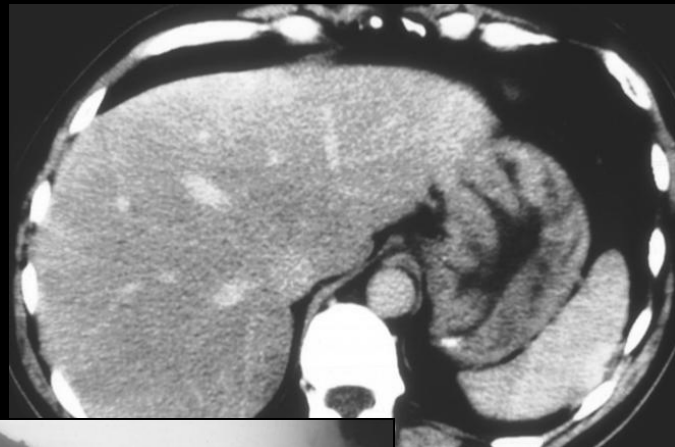
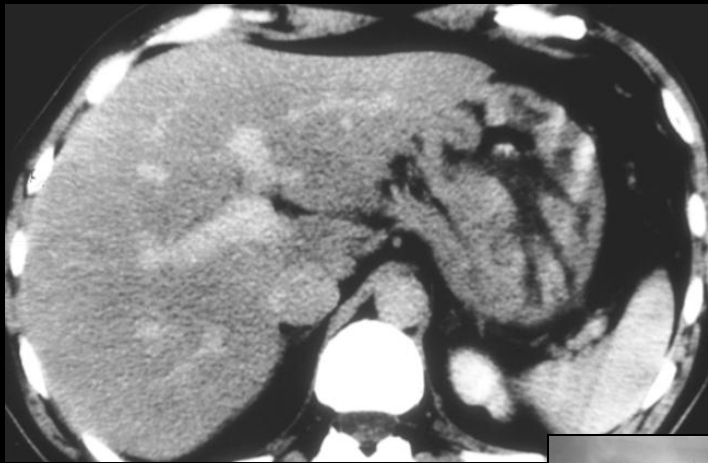


Gastrite non atrophiante

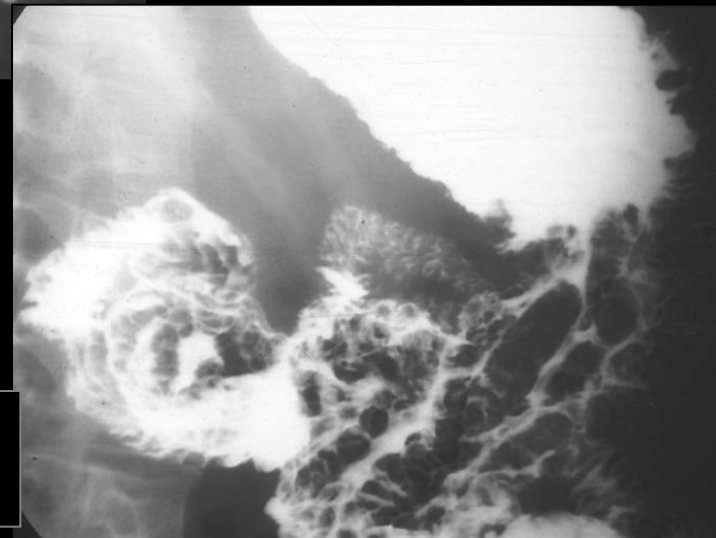
e/ maladie de Ménétrier

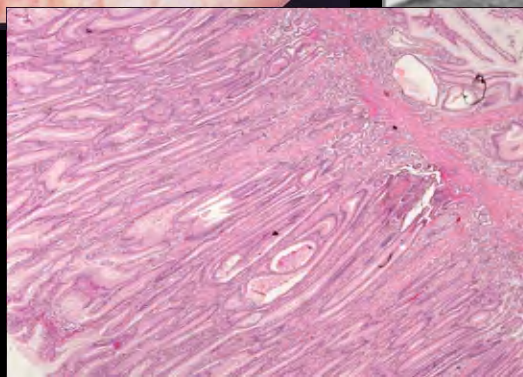
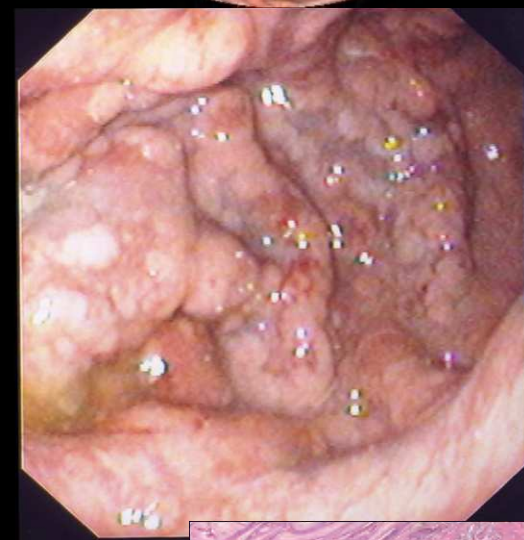
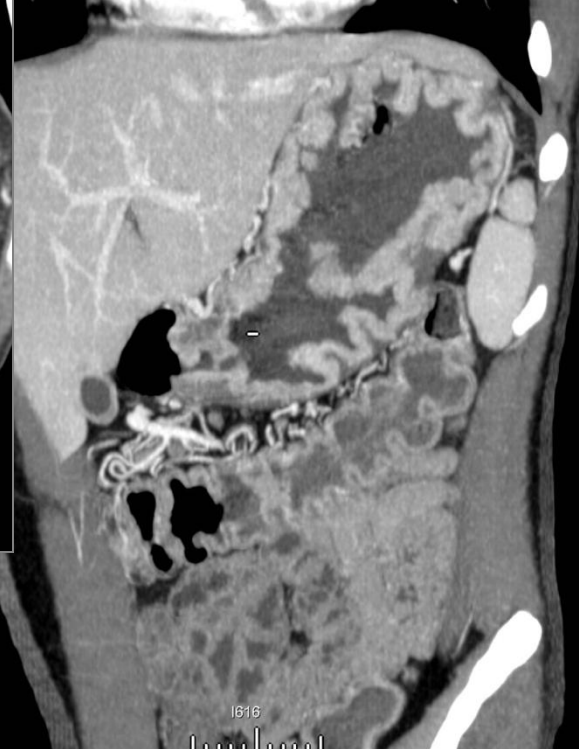
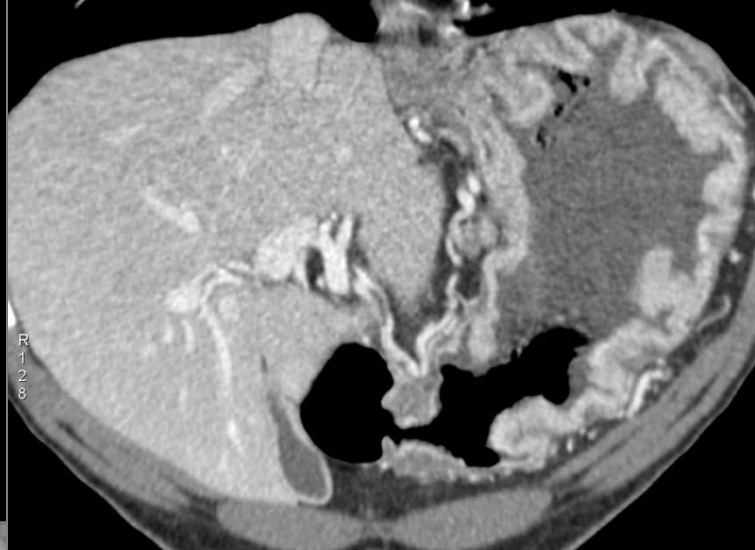
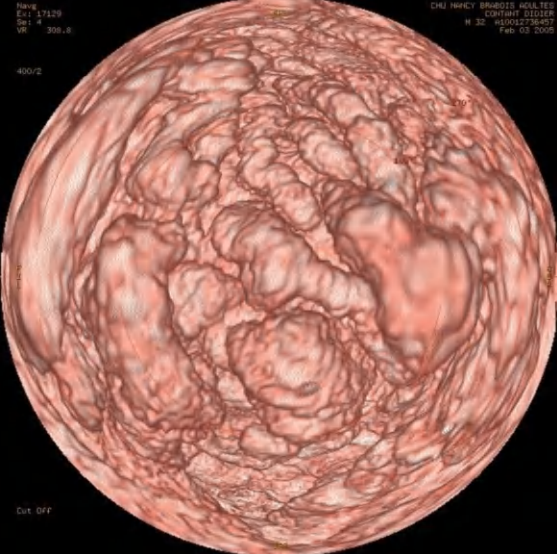
- Gastrite hypertrophique géante
- hyperplasie des glandes mucineuses sans infiltrat inflammatoire
- épaissement des plis de la muqueuse surtout du corps et du fundus
- potentiellement dégénérative
- déperdition protéique majeure
- homme d'âge moyen
- ensemble de l'estomac ou segmentaire
- échoendoscopie : muqueuse à gros plis avec lésions kystiques intramurales

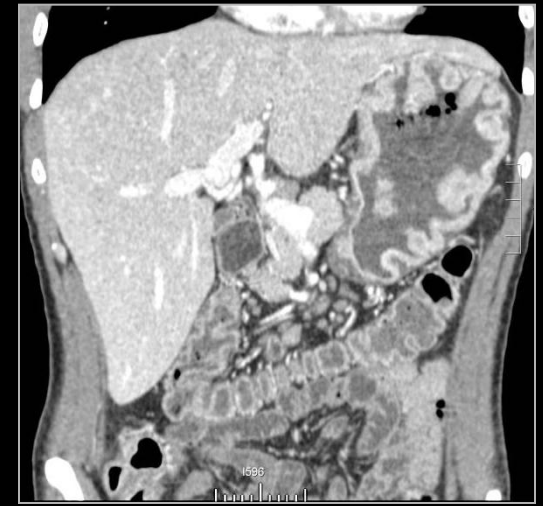
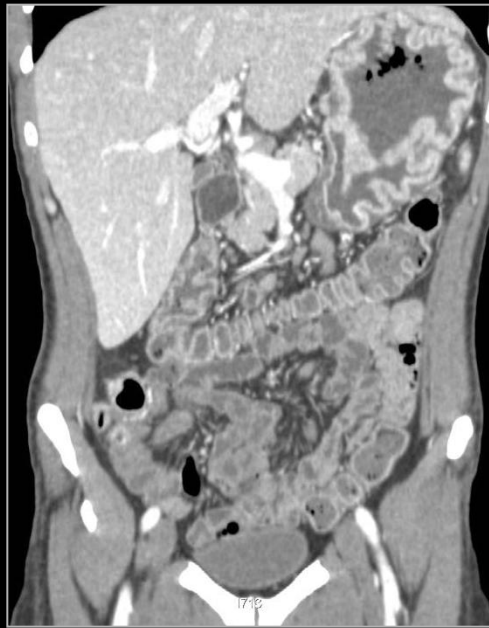
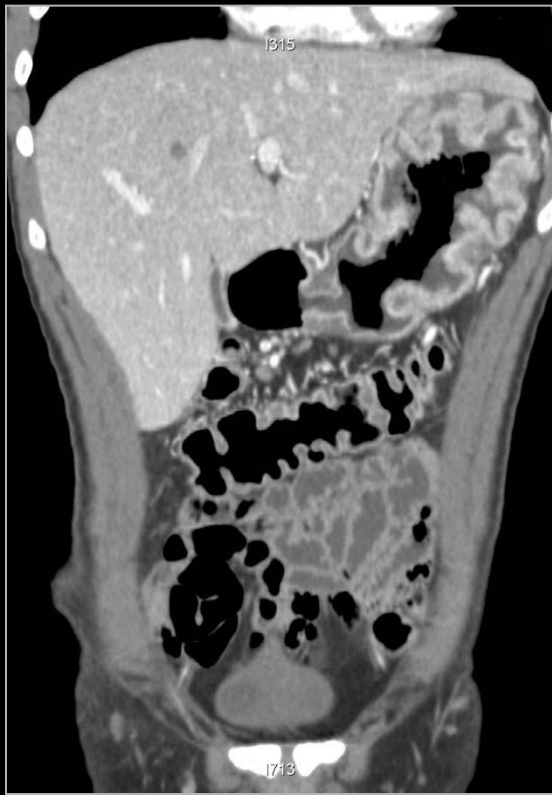




**Maladie de Ménétrier
gastropathie à gros plis**







Ménétrier
gastrite hypertrophique géante

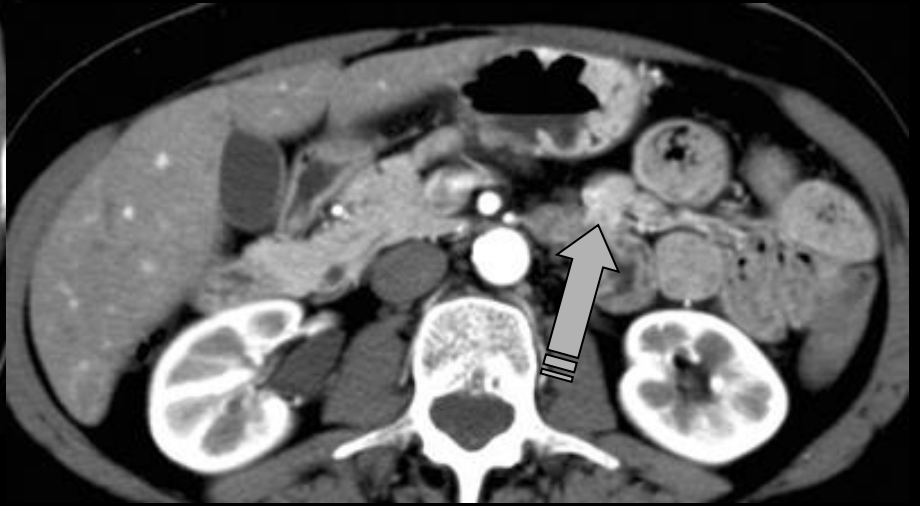
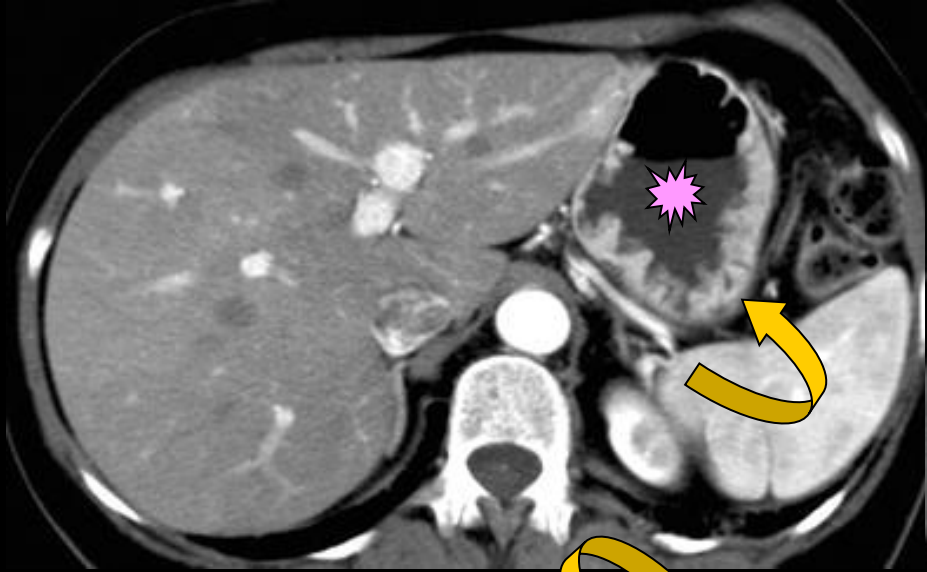


Gastrite non atrophiante

f/ Sd de Zollinger Ellison

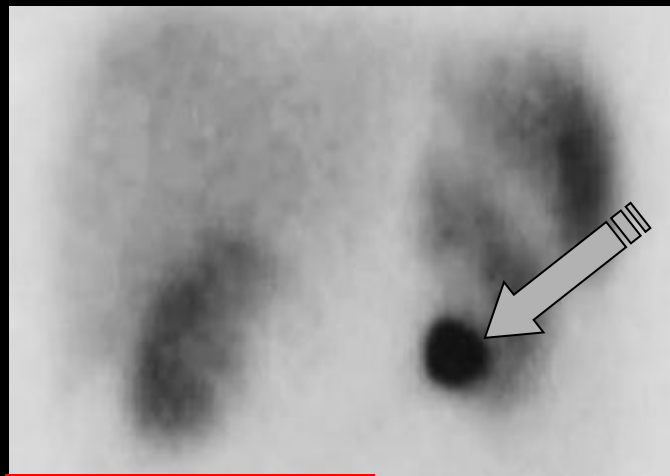
- hypersécrétion gastrique d'origine tumorale: le gastrinome intra ou extra pancréatique
- tumeur endocrine rare sécrétant de la gastrine
- 1/4 des cas ce syndrome s'intègre à la NEM de type 1
- maladie ulcéreuse muqueuse
- signes d'hyperfonctionnement fundique
- hypergastrinémie (non régulée par le test à la sécrétine)
- tumeur : 70% des cas dans la paroi duodénale, 20% pancréas, introuvable 10%

homme 43ans , épigastralgies persistantes et résistantes aux IPP, baisse de l'état général

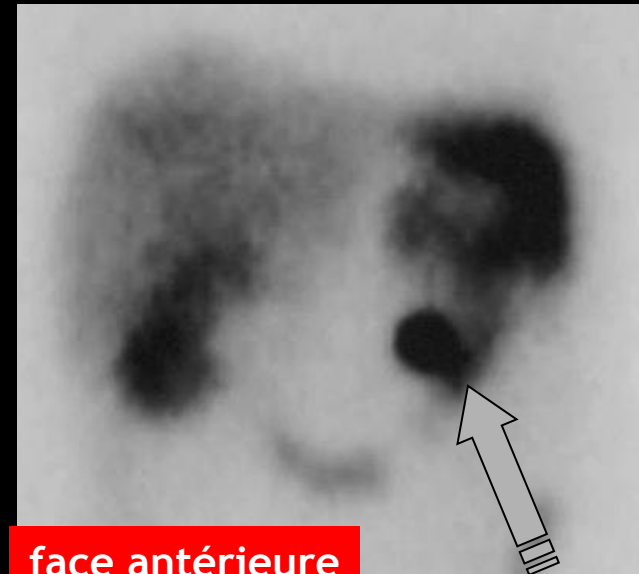


**scintigraphie à
l'Octréoscan**

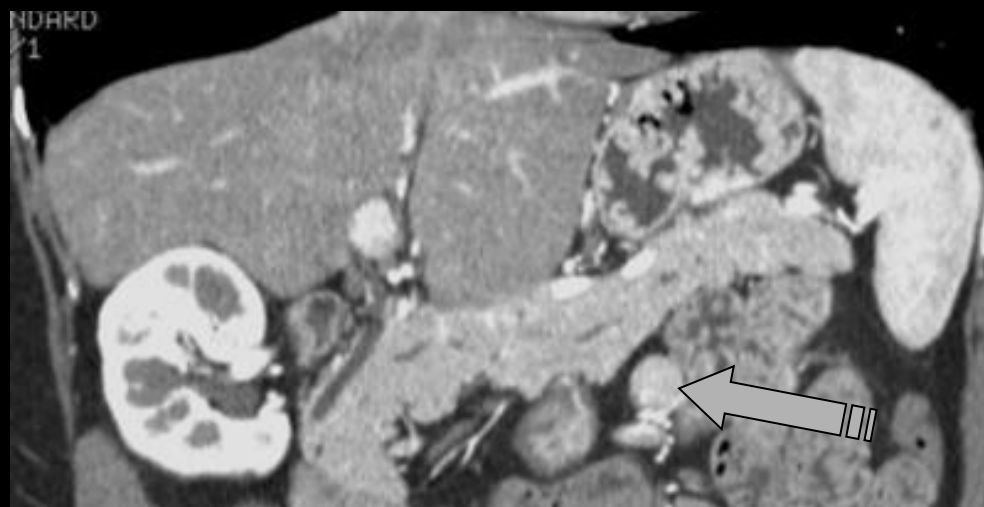
Recherche de lésions
riches en récepteurs
à la Somatostatine



face postérieure



face antérieure



gastropathie à gros plis

métastase ganglionnaire mésentérique d'un **gastrinome extra pancréatique**

1. Anatomie et techniques d'exploration de l'estomac

2. Pathologie tumorale de l'estomac

A tumeurs épithéliales

B lymphomes

C tumeurs conjonctives

D tumeurs endocrines

E métastases

3. Pathologie inflammatoire et mécanique

A gastrites aiguës et chroniques

B gastrites à gros plis

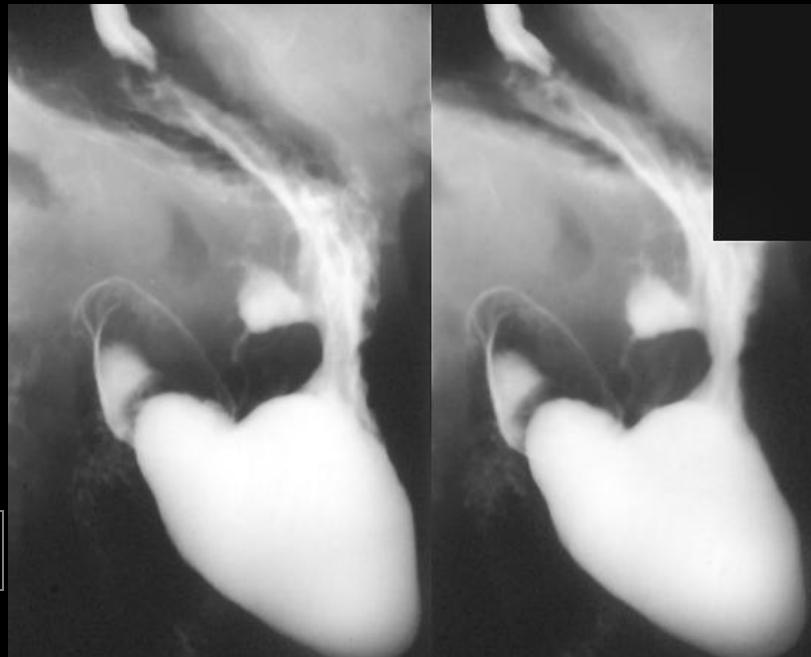
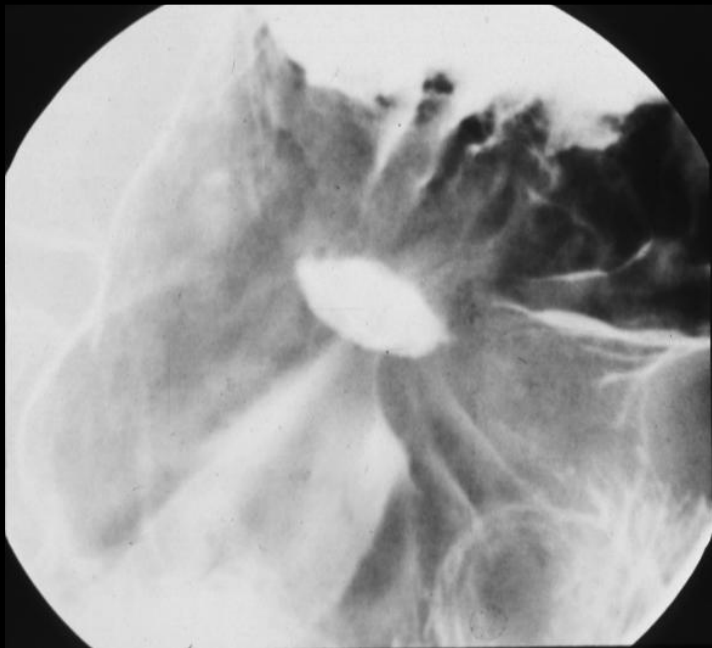
C maladie ulcéreuse et perforation

D autres

4. Malformations gastriques

5. Chirurgie bariatrique

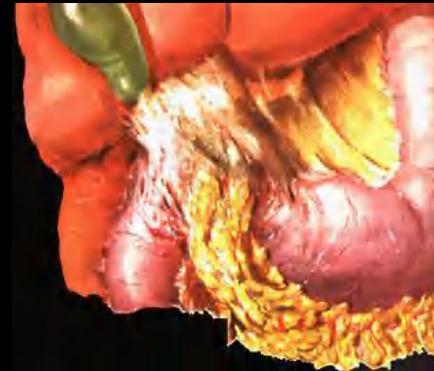
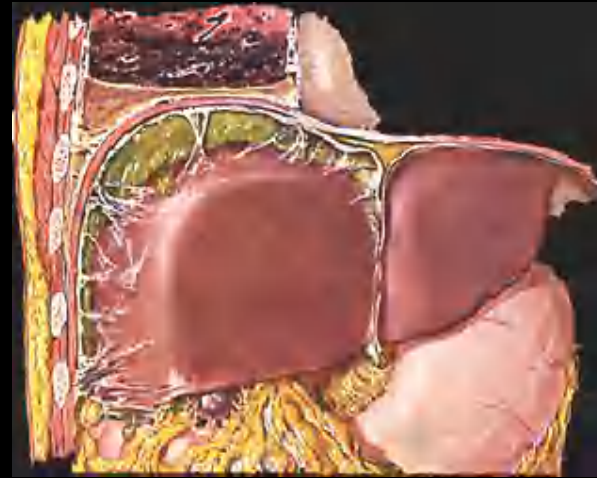
Maladie ulcéreuse



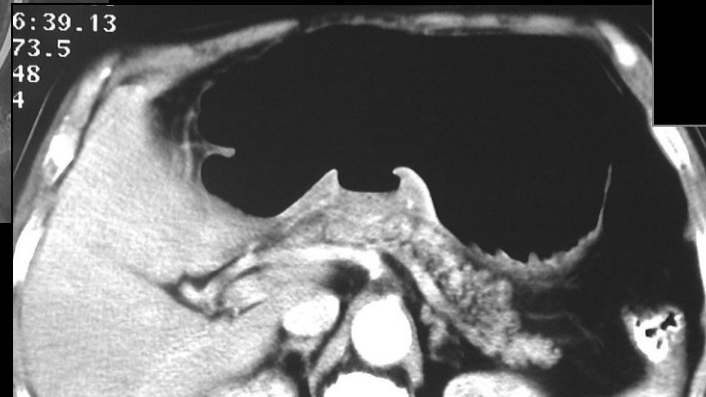
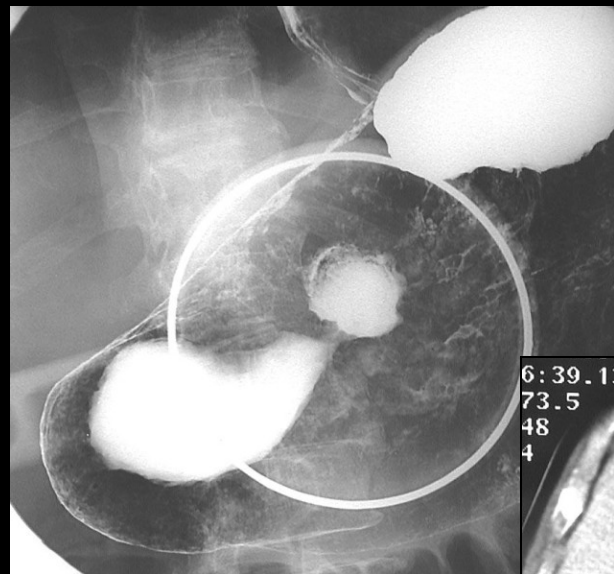
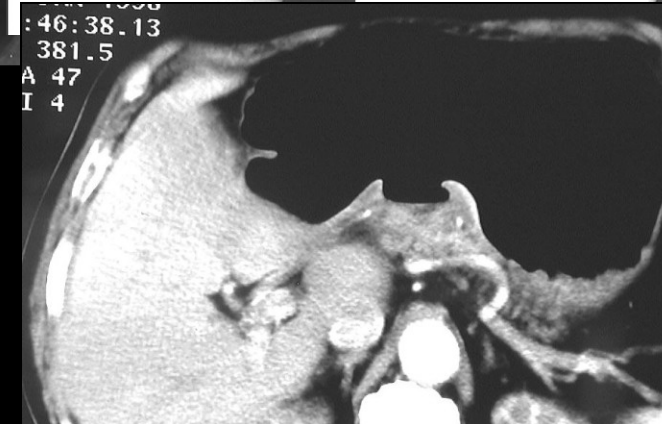
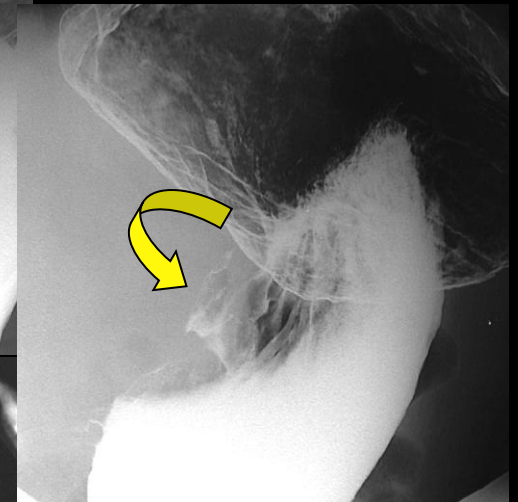
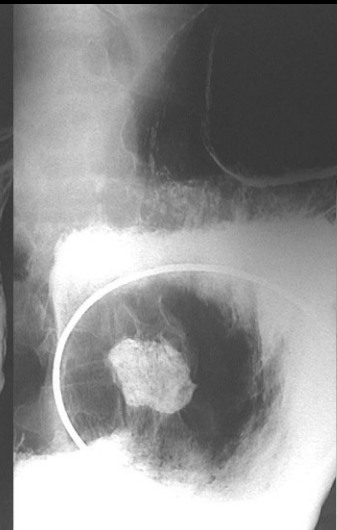
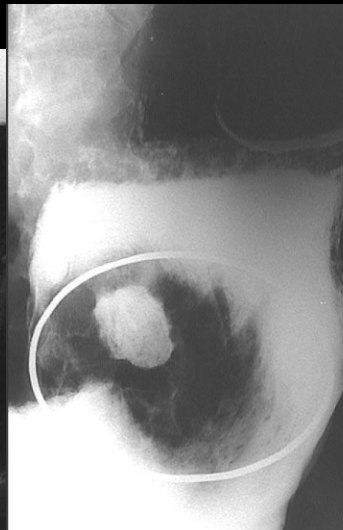
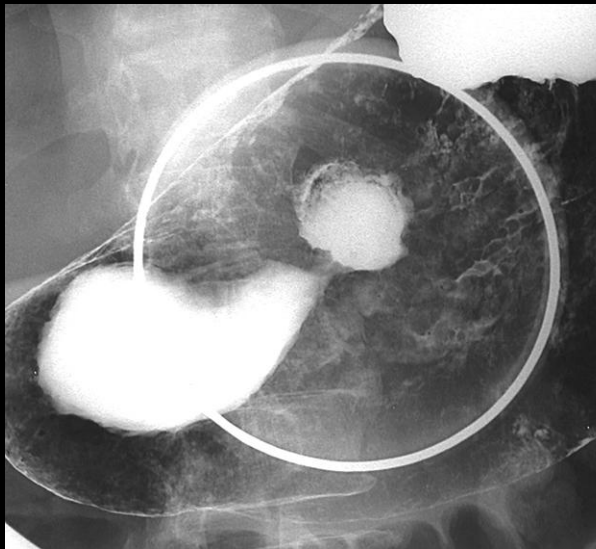
ulcère face postérieure



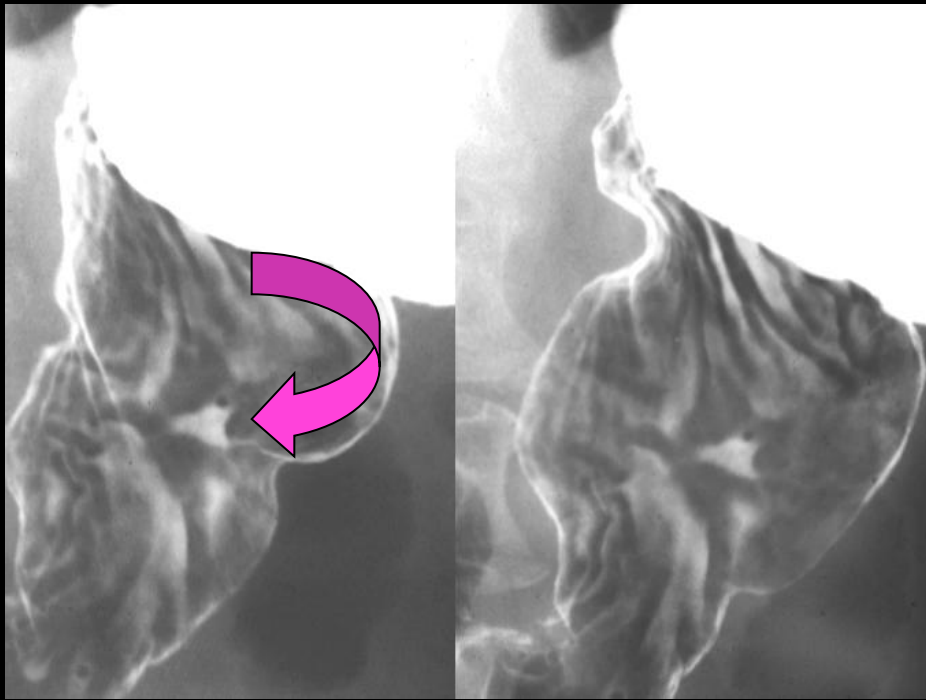
perforations en
péritoine libre



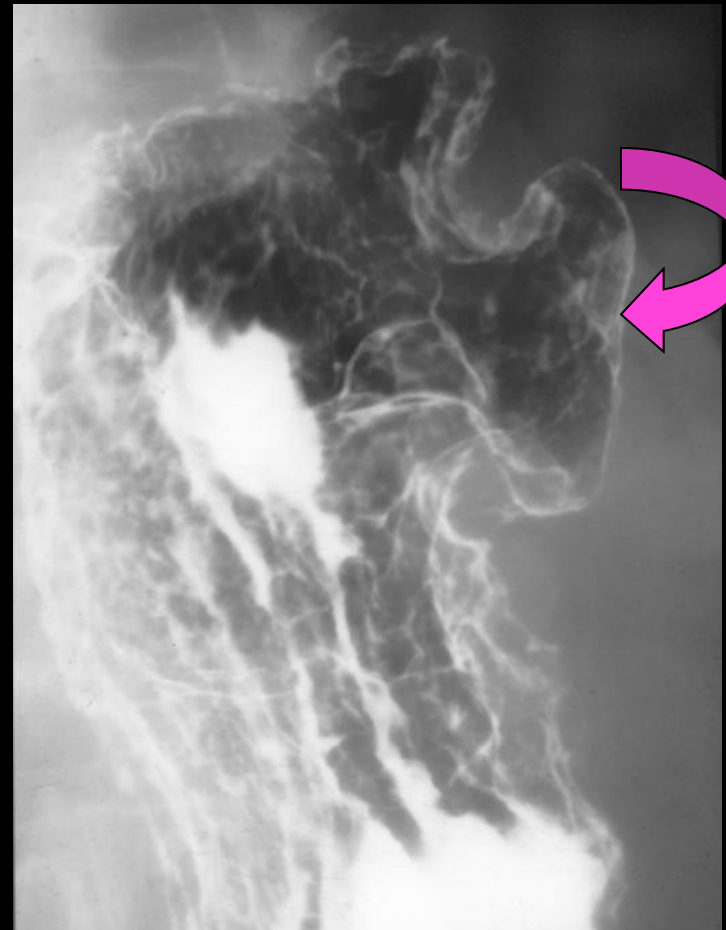
perforations
« couvertes »



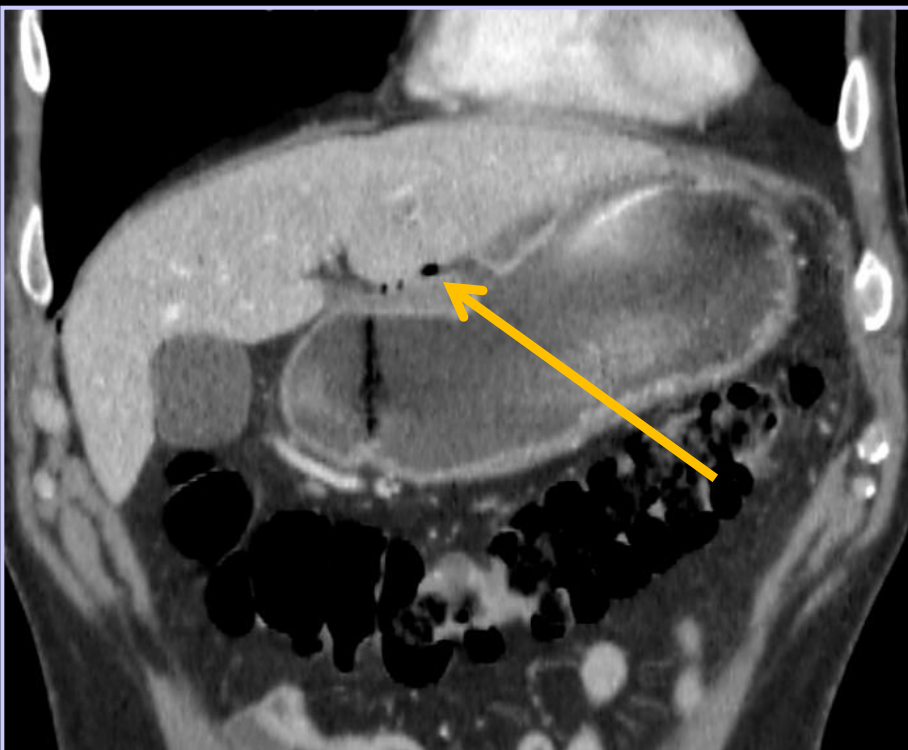
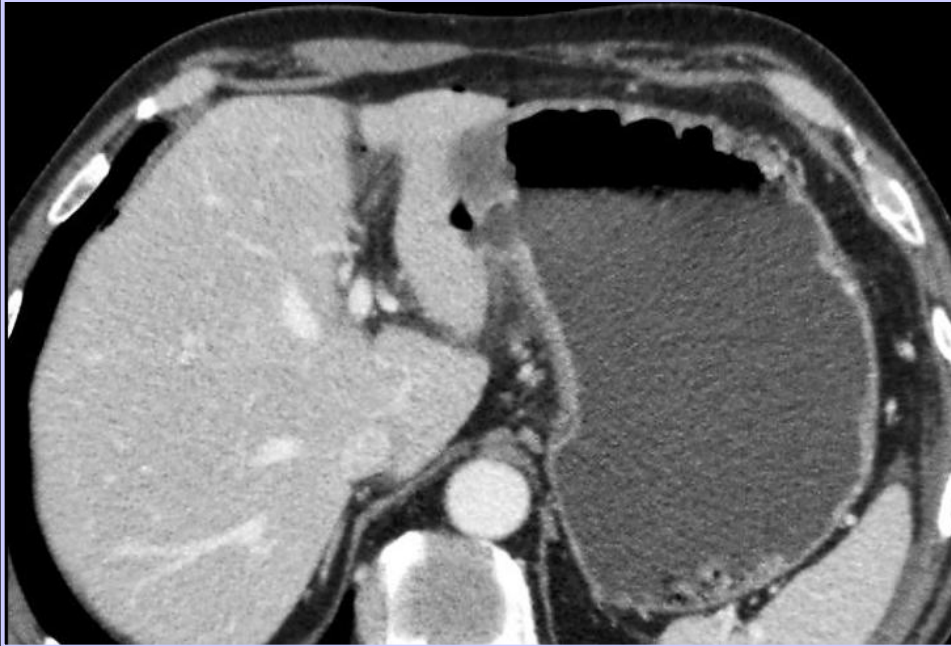
ulcère perforé bouché face
postérieure



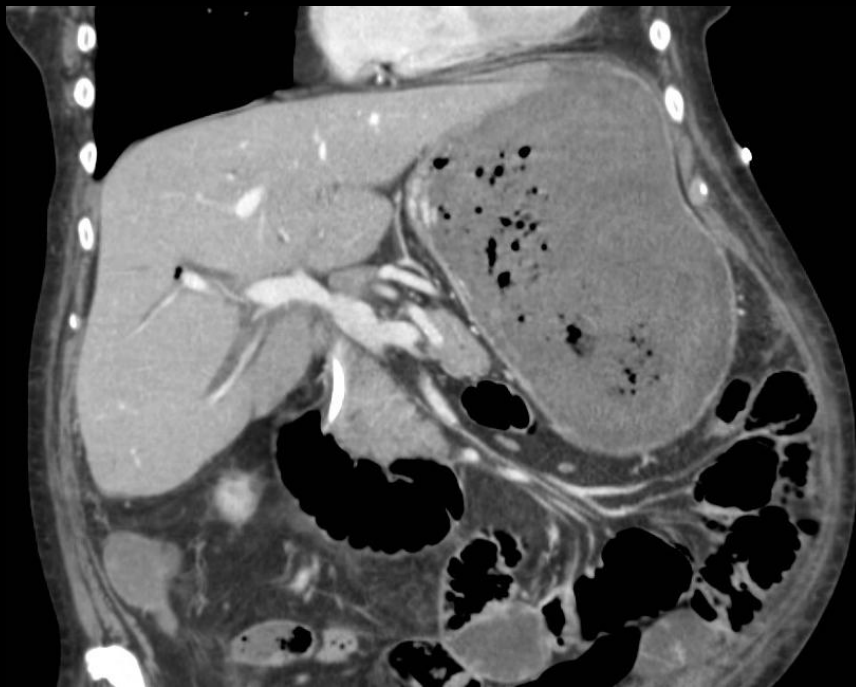
ulcère caustique



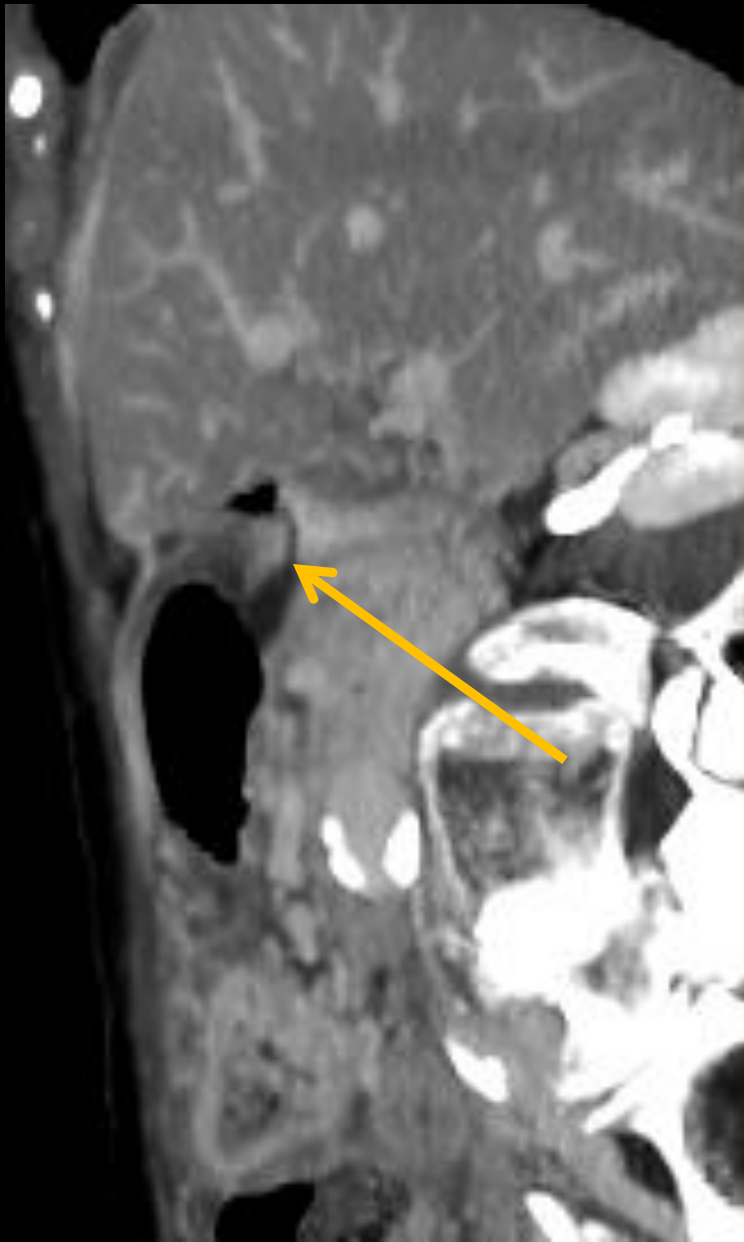
**ulcère géant grosse
tubérosité**



Ulcère gastrique de la
petite courbure perforé

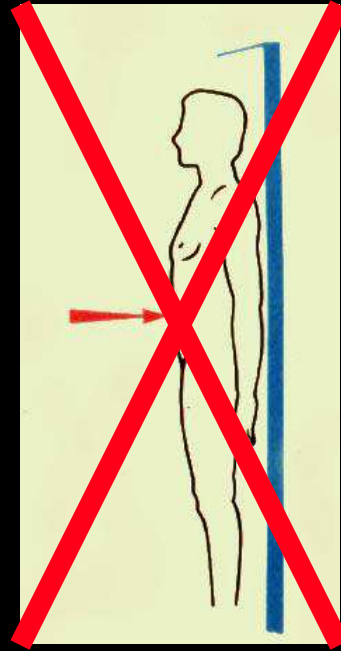
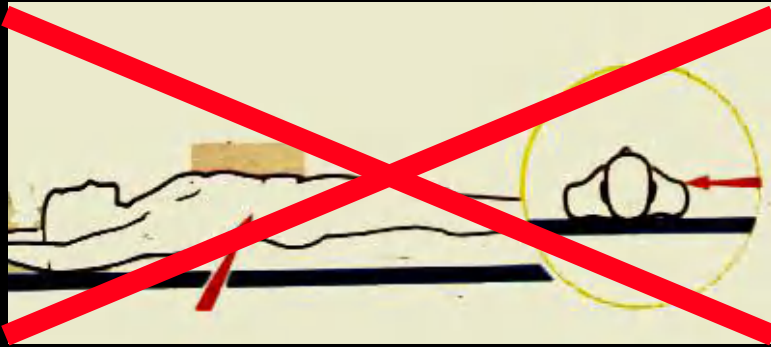


Ulcère gastrique de la
petite courbure
hémorragique

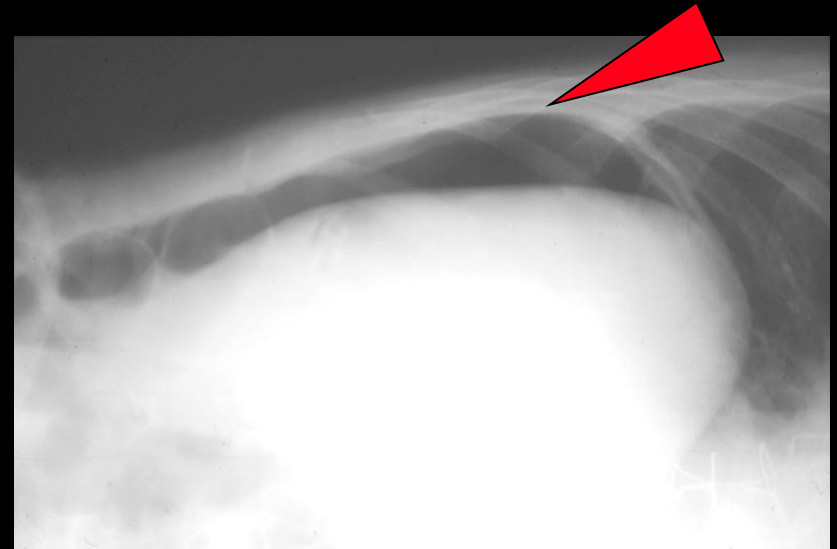
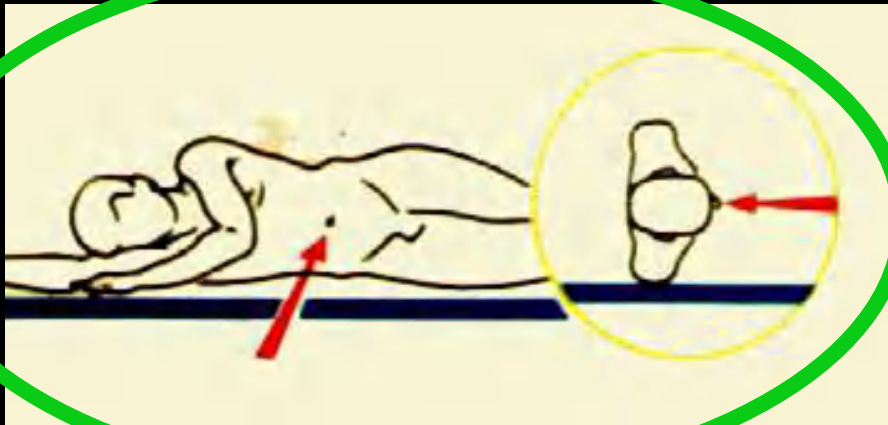


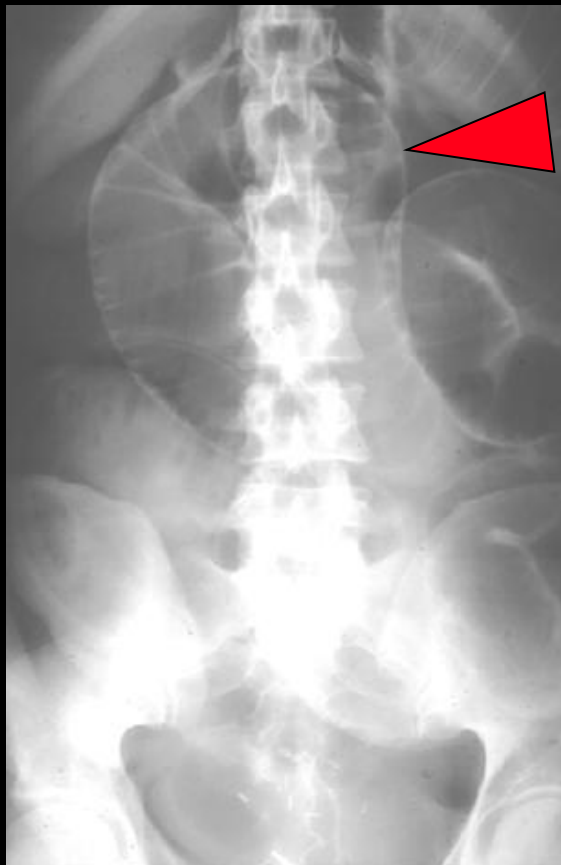
Ulcère gastrique perforé

perforations en péritoine libre



latero-cubitus
GAUCHE !

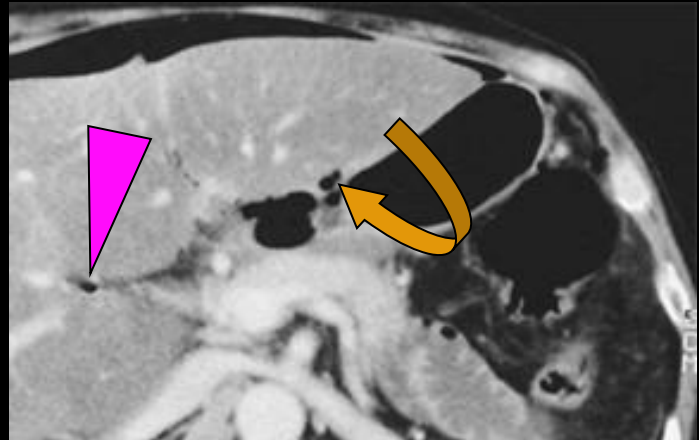
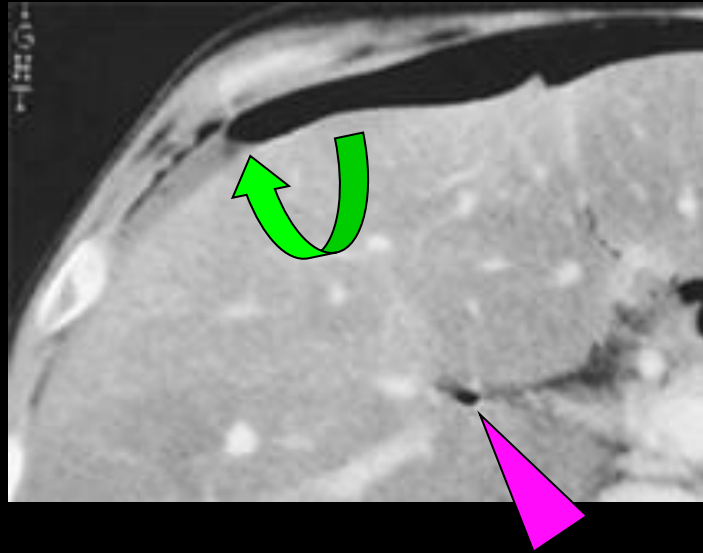
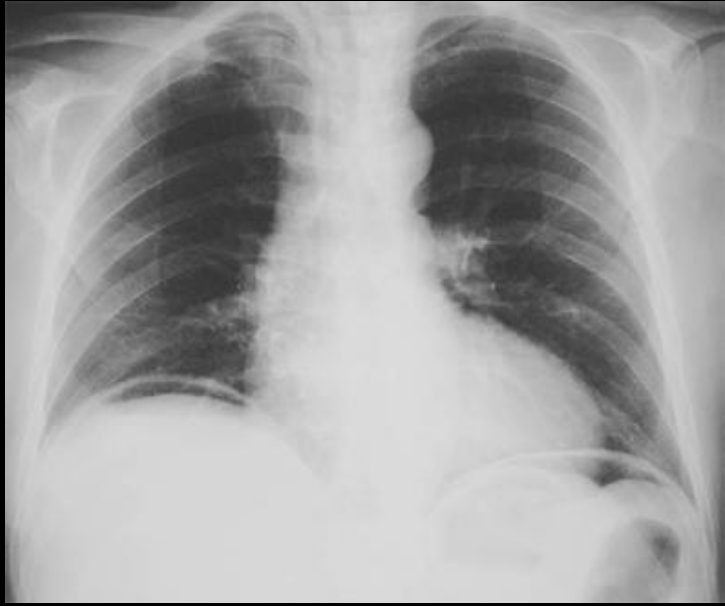




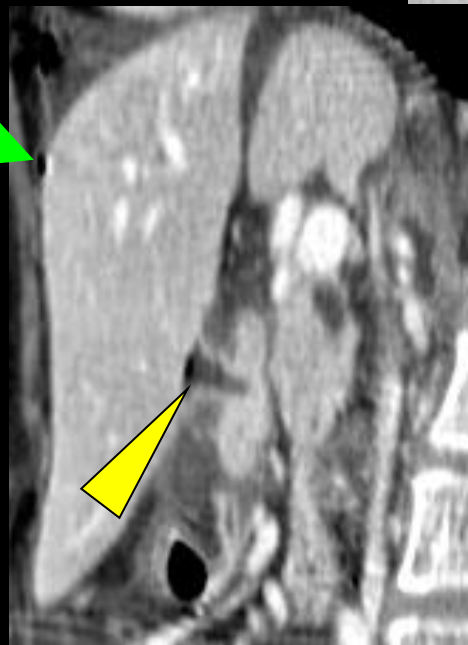
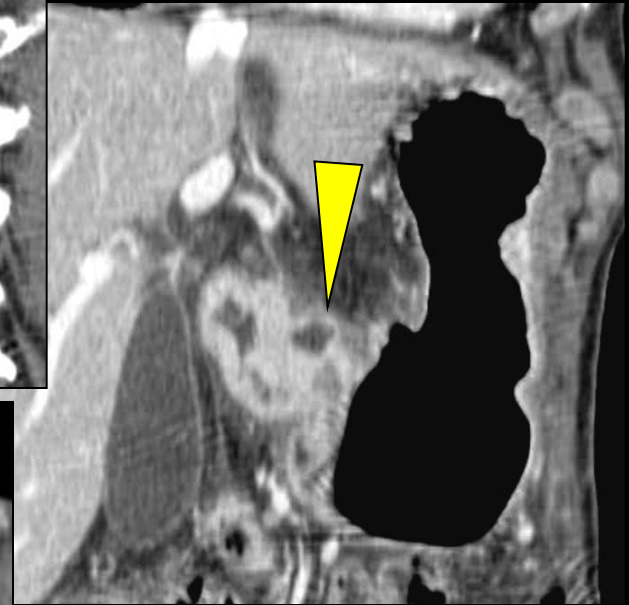
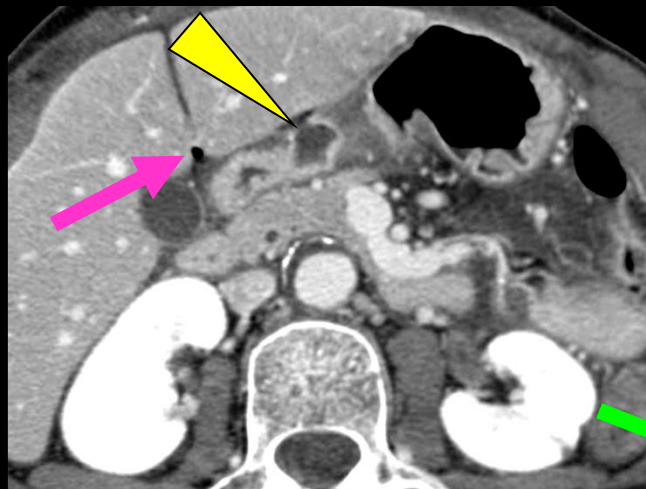
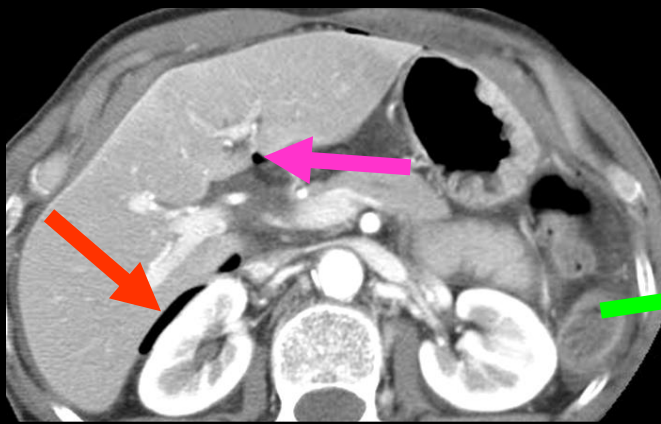
signe du bas relief de Riegler
= "pneumopariétographie gazeuse"



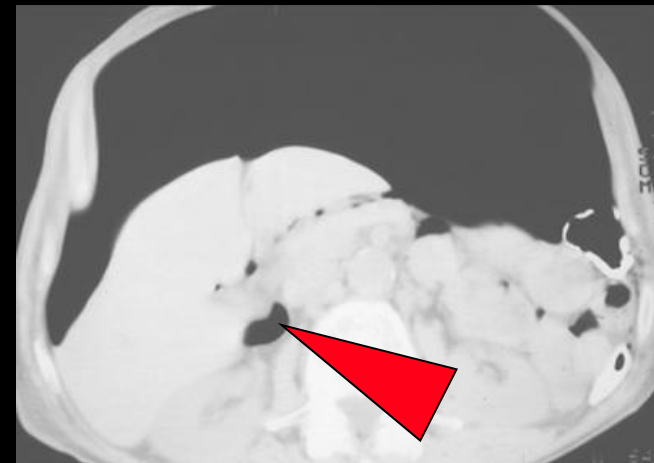
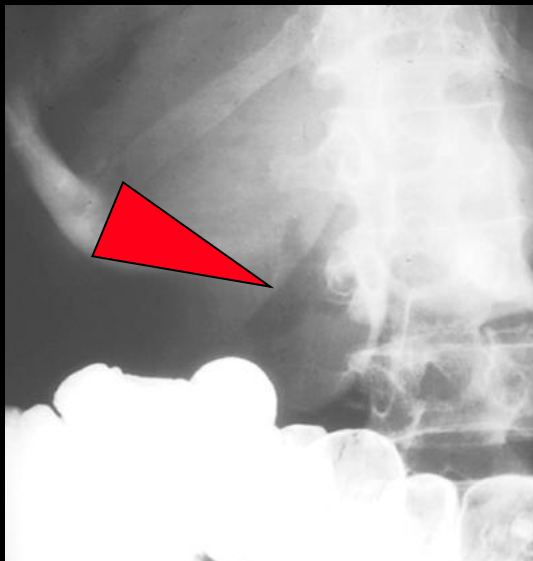
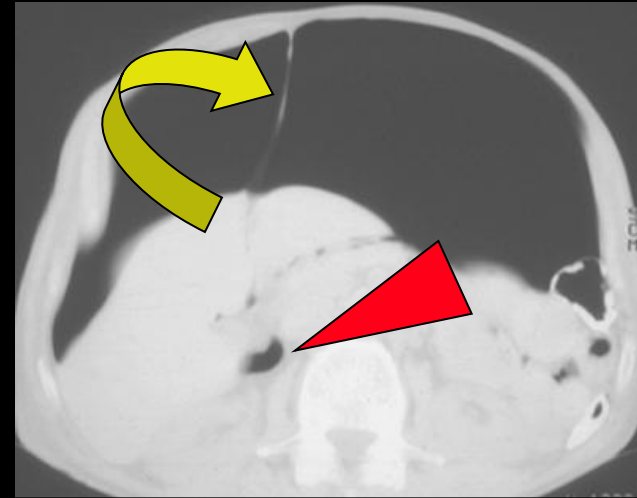
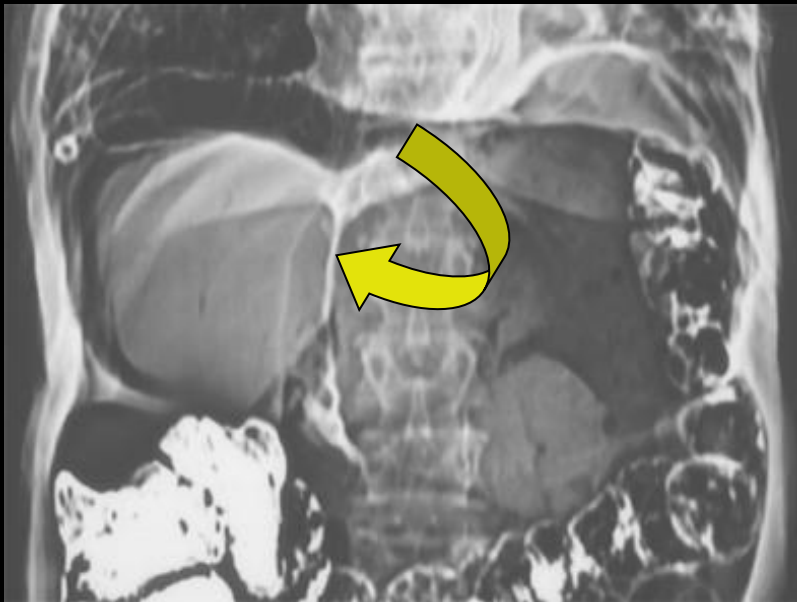
même coupe
fenêtrage différent



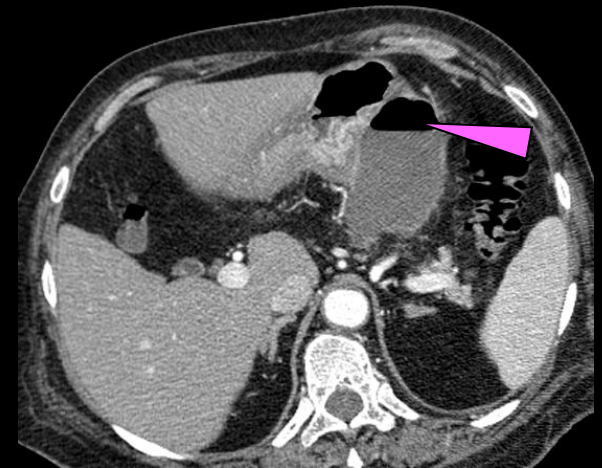
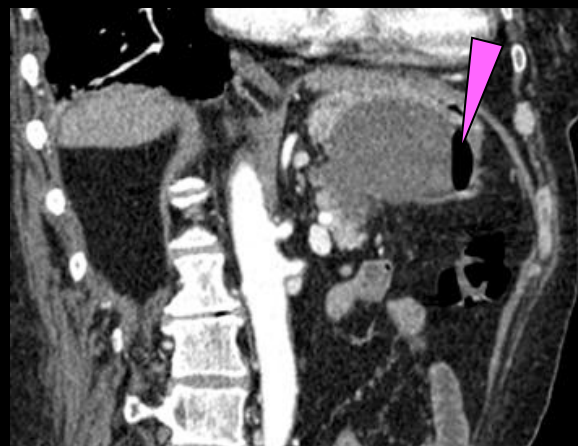
« petits signes » du
pneumopéritoine



perforation
ulcéreuse en
péritoine libre



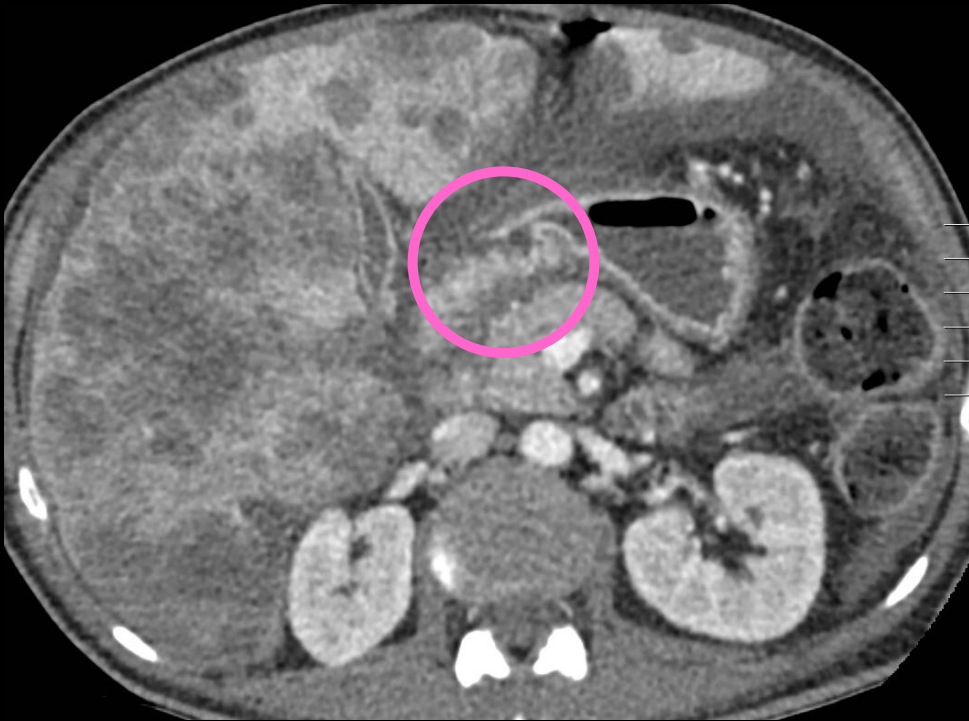
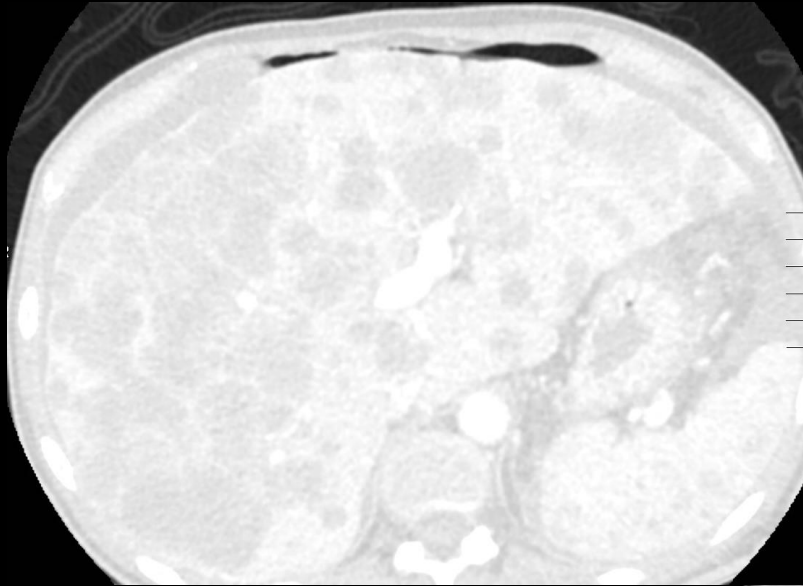
silhouettage du ligt falciforme +
signe du chapeau des Doges de Venise
(espace hépatorénal D)



ulcère gastrique perforé ; collection bilobée de l'arrière cavité des épiploons

Suivi pour métastases
hépatiques de cancer
colique. Douleurs
brutales

Ulcère perforé



1. Anatomie et techniques d'exploration de l'estomac

2. Pathologie tumorale de l'estomac

A tumeurs épithéliales

B lymphomes

C tumeurs conjonctives

D tumeurs endocrines

E métastases

3. Pathologie inflammatoire, mécanique et vasculaire

A gastrites aiguës et chroniques

B gastrites à gros plis

C maladie ulcéreuse et perforation

D autres

4. Malformations gastriques

5. Chirurgie bariatrique

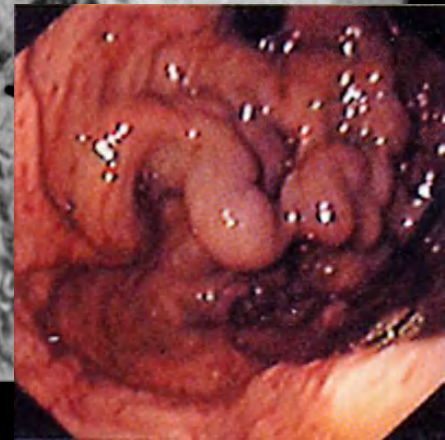
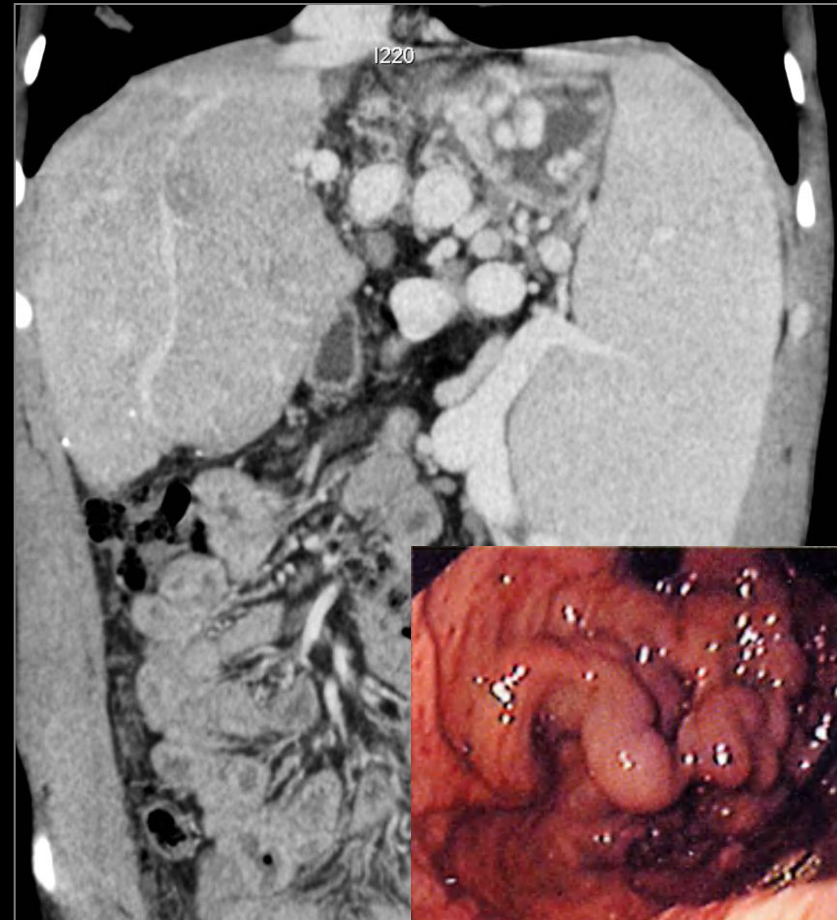
GASTROPATHIE D'HYPERTENSION PORTALE et VARICES GASTRIQUES

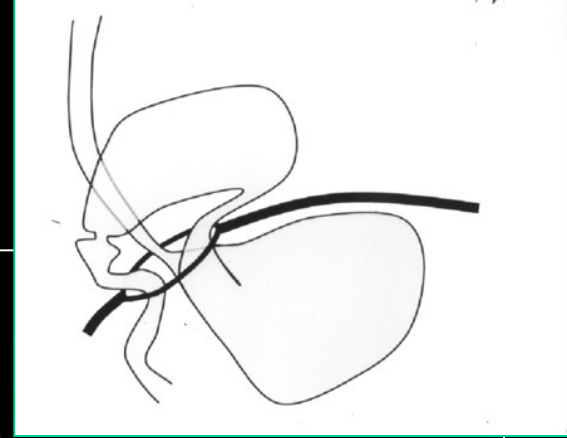
- mécanismes physiopathologiques pas clairs
- gastropathie « congestive » : muqueuse pétéchiale oedématiée, aspect en mosaïque ou ectasies vasculaires de l'antrum en bande (**aspect en pastèque**)
- conséquence d'une stase de type veineuse



GASTROPATHIE D'HYPERTENSION PORTALE et VARICES GASTRIQUES

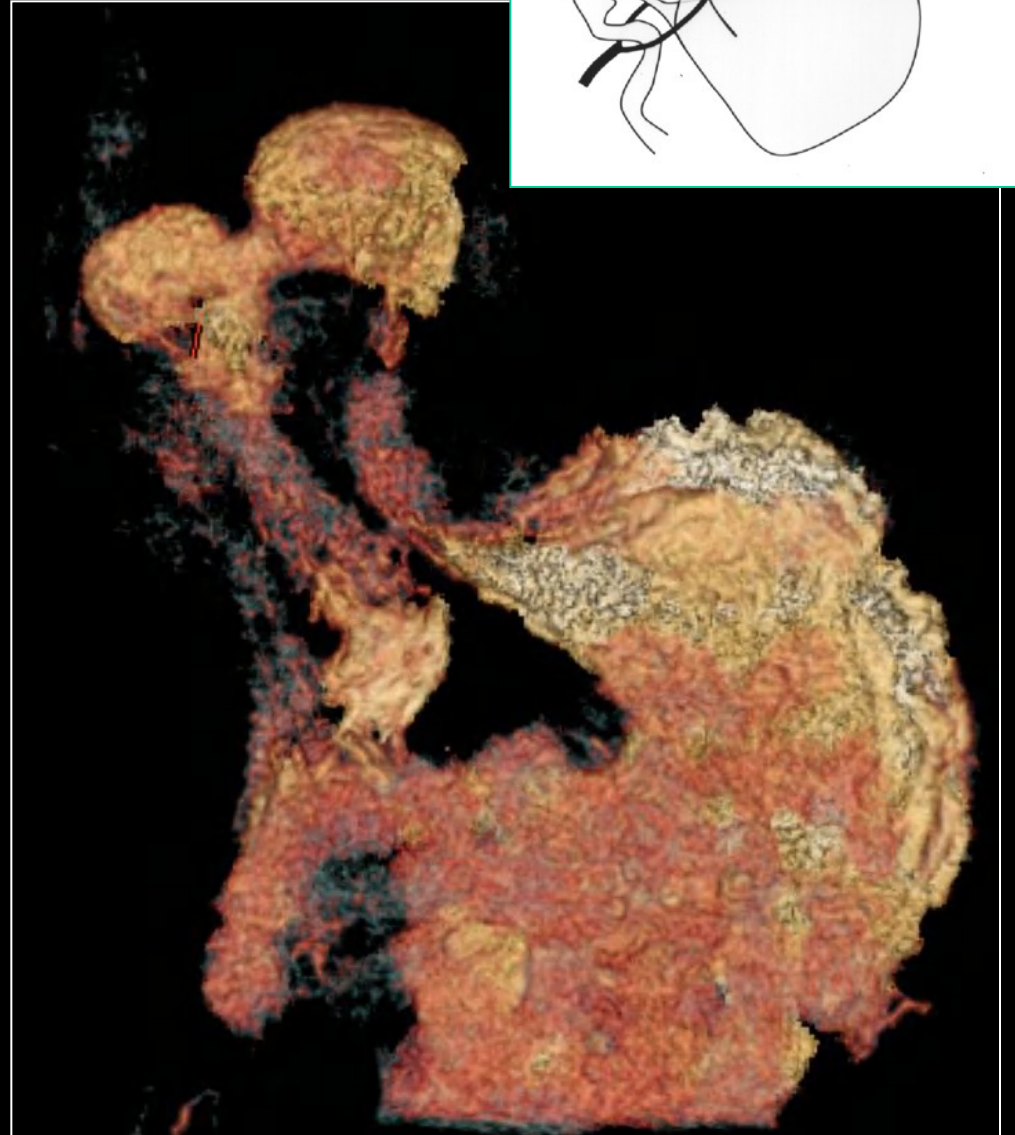
- **varices tubérositaires**
- aspect d'épaississement à gros plis sous muqueux
- cirrhoses et hypertension portale
- anastomoses porto-caves dans la paroi postérieure de la grosse tubérosité
- veines gastriques courtes

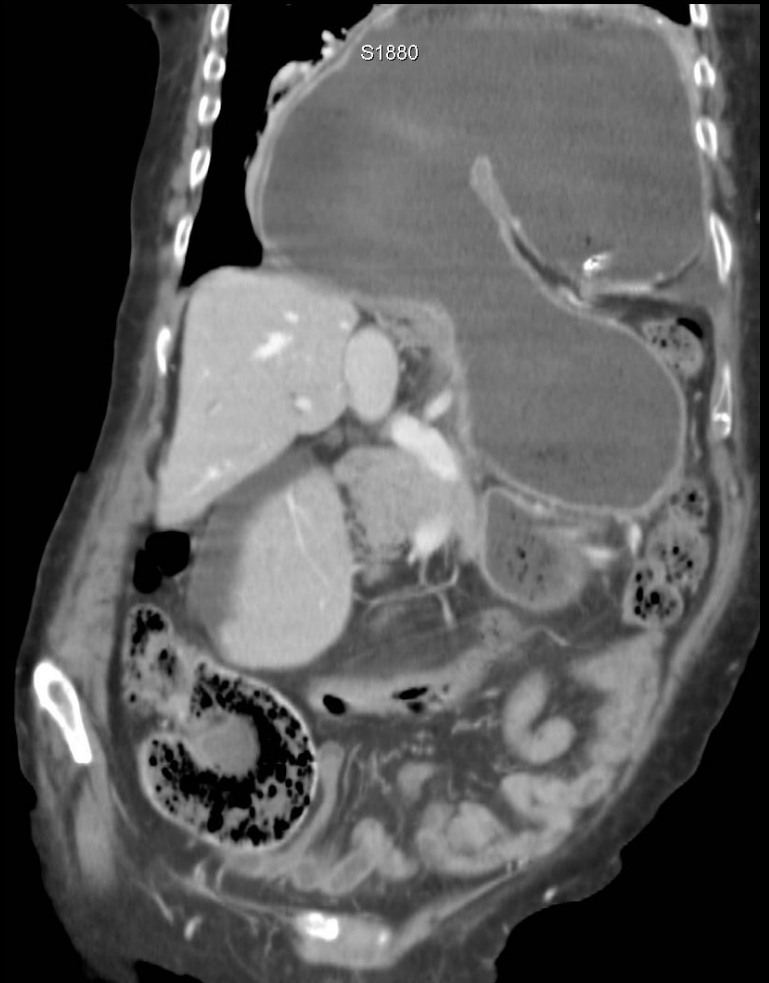




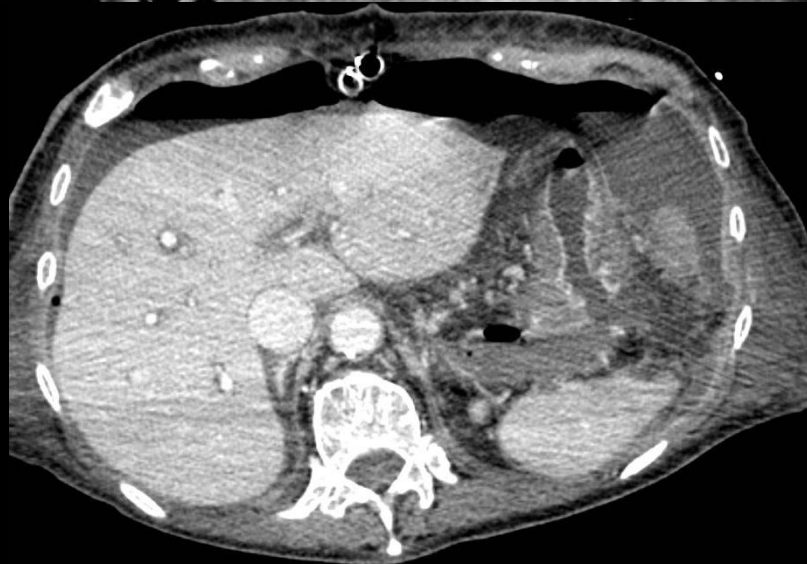
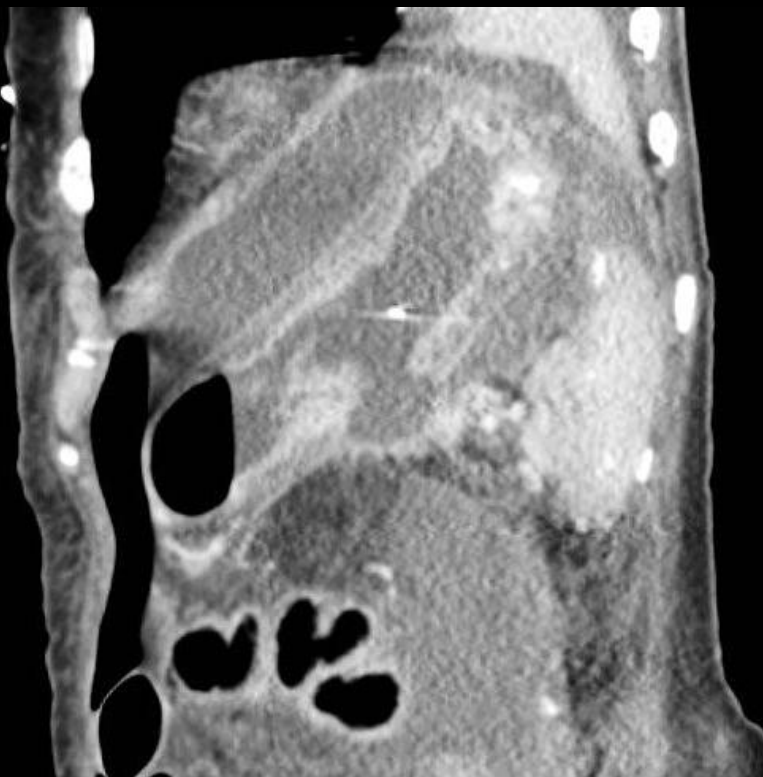
Occlusion haute

Volvulus gastrique
mésentérico-axial





**Volvulus gastrique
mésentérico-axial**



Rupture gastrique suite
à VNI



184

CHU NANCY



184

Choc septique en réa

Nécrose gastrique

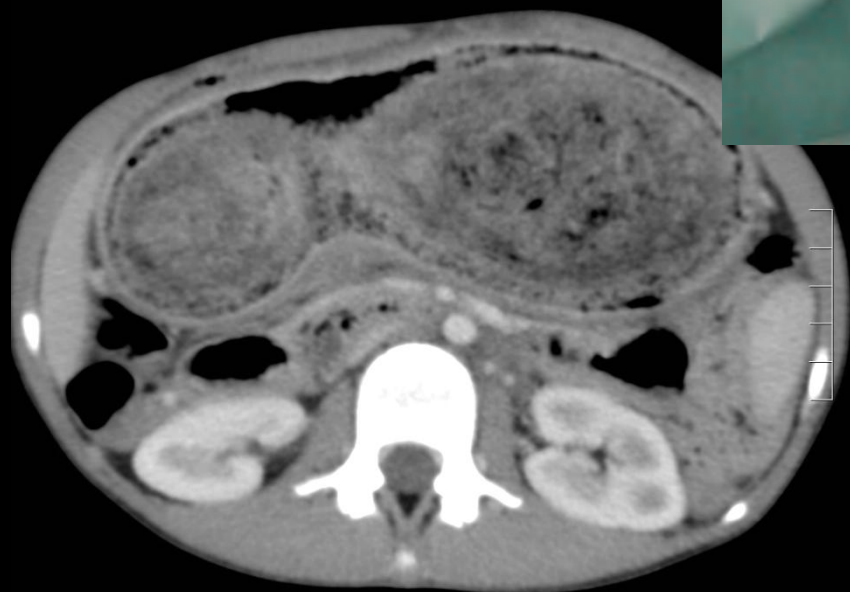
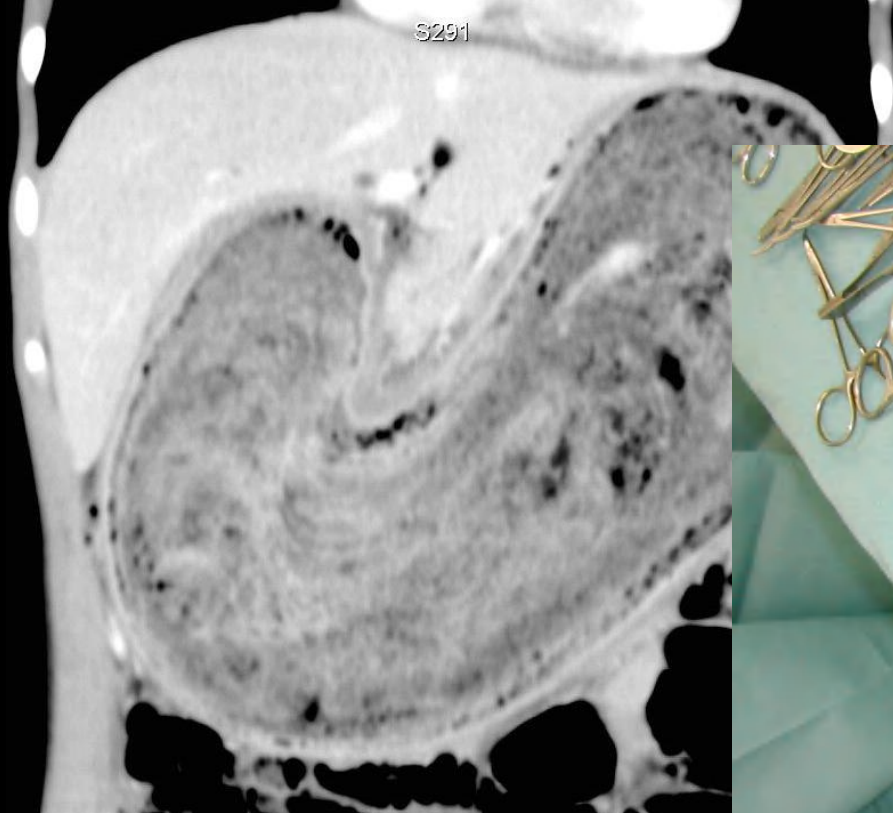


Douleurs épigastrique et
déglobulisation

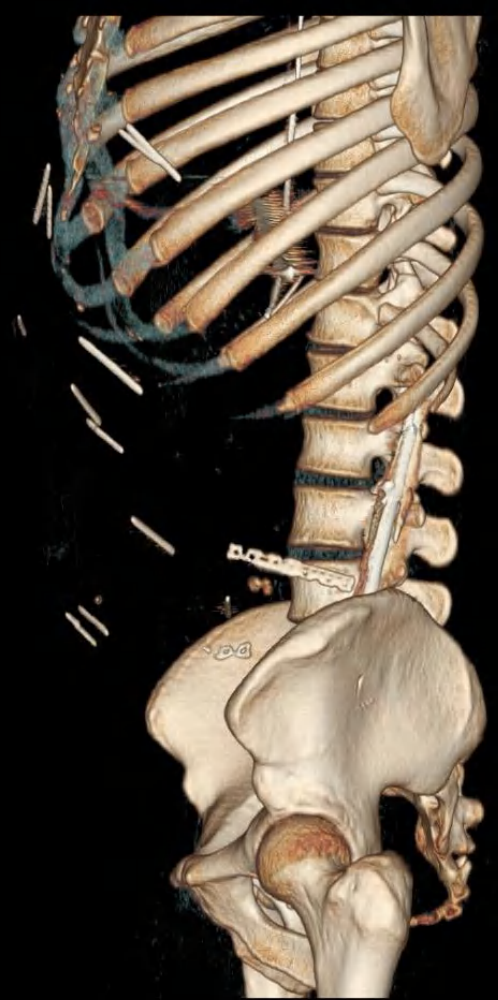
Hématome de la grande
courbure gastrique

TEUR 2

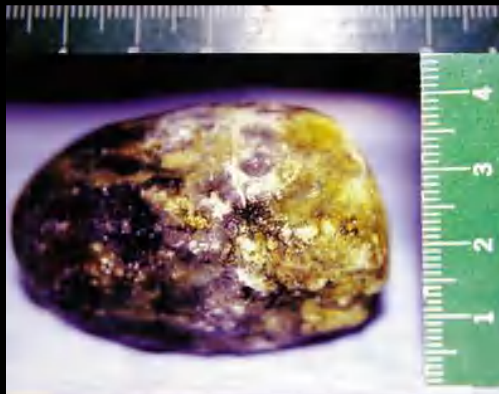
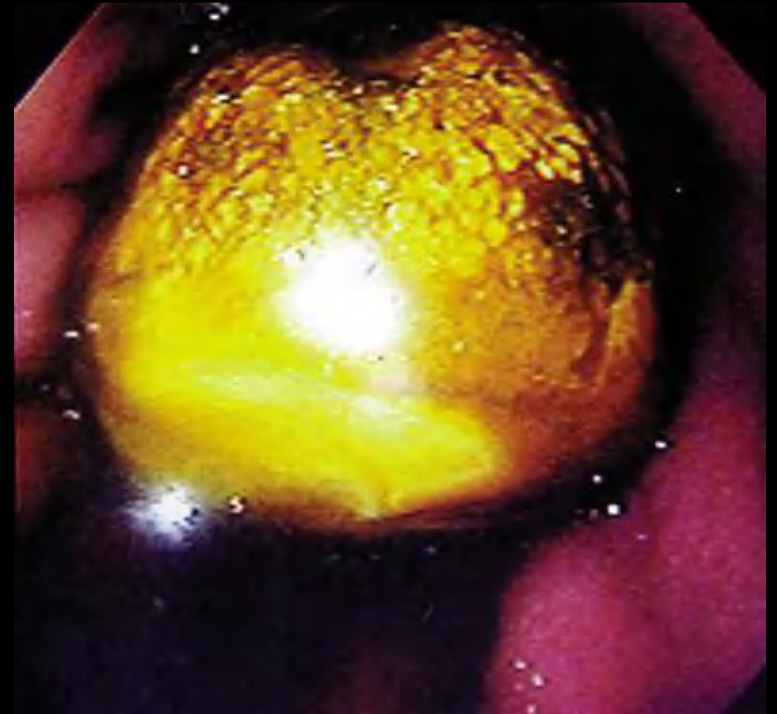
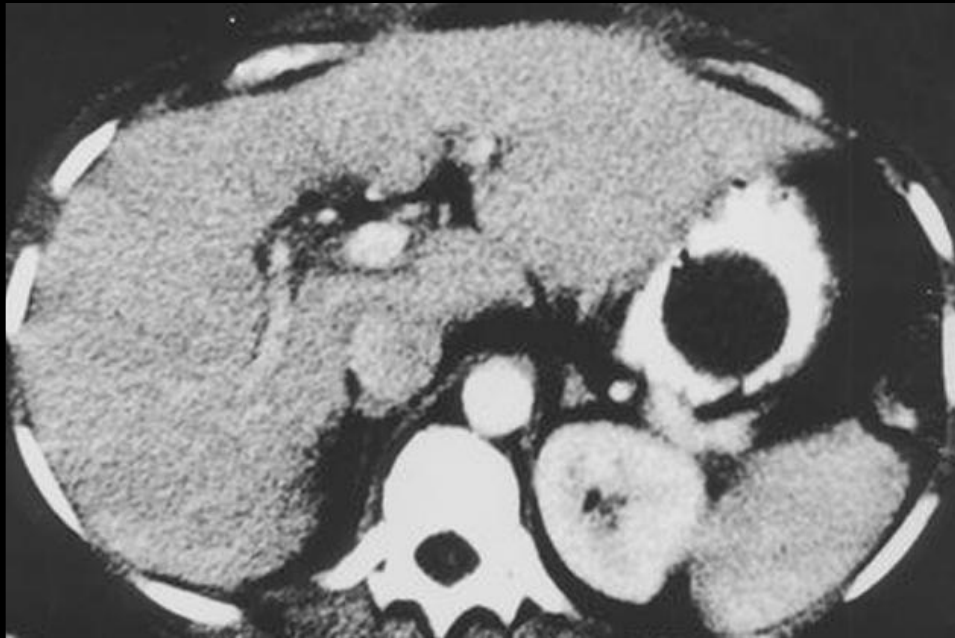
I483



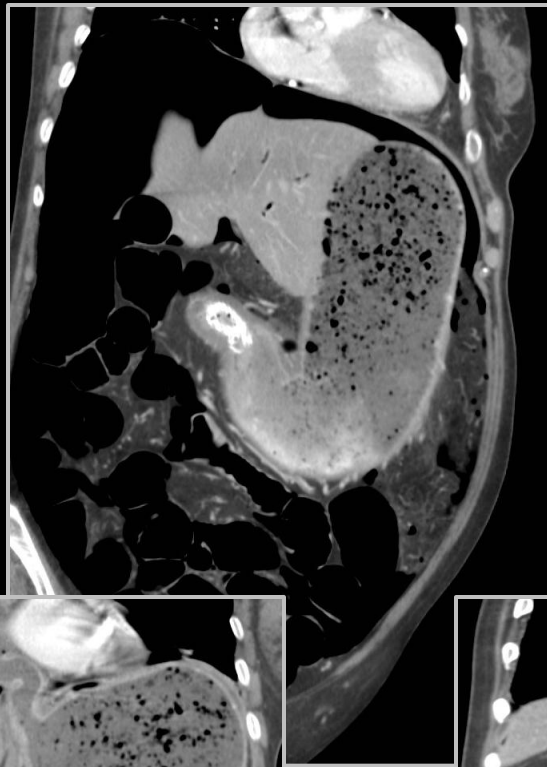
Bézoard



Perforation gastrique suite à
l'ingestion de corps
étrangers



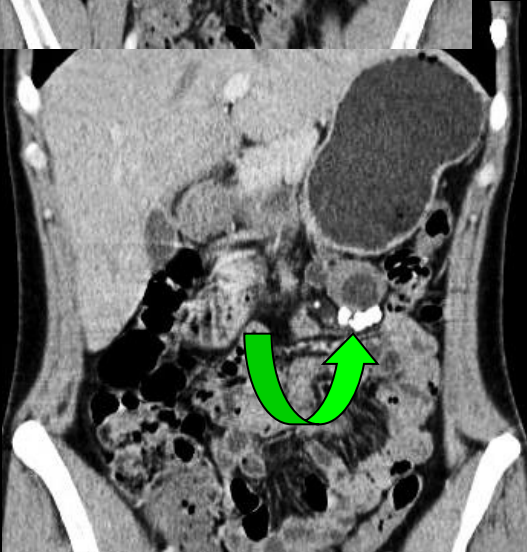
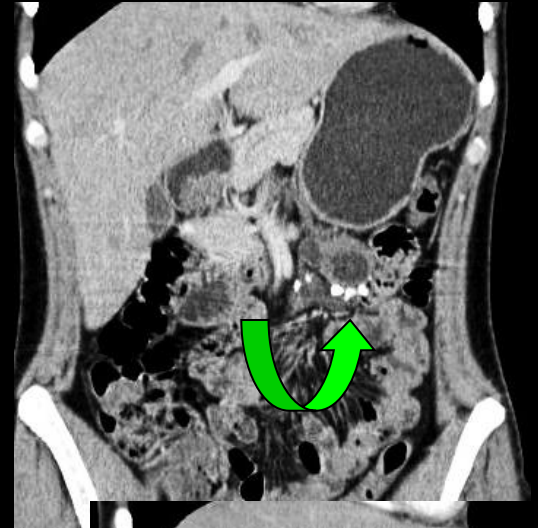
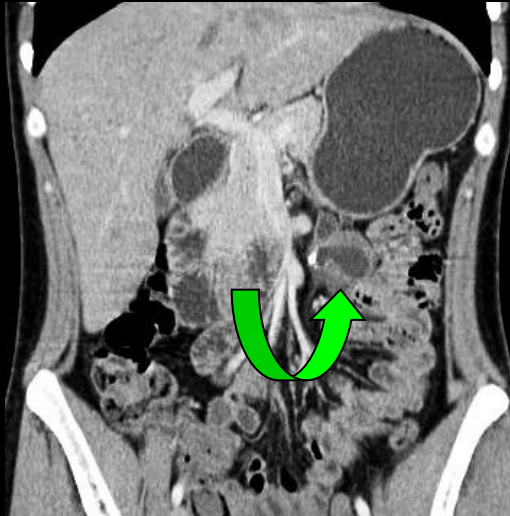
ileus biliaire intra-gastrique



Perforation
gastrique sur
endoscopie

1. Anatomie et techniques d'exploration de l'estomac
2. Pathologie tumorale de l'estomac
 - A tumeurs épithéliales
 - B lymphomes
 - C tumeurs conjonctives
 - D tumeurs endocrines
 - E métastases
3. Pathologie inflammatoire, mécanique et vasculaire
 - A gastrites aiguës et chroniques
 - B gastrites à gros plis
 - C maladie ulcéreuse et perforation
 - D autres
4. Malformations gastriques
5. Chirurgie bariatrique

Duplication gastrique





Masse hétérogène du mésocolon transverse pluritissulaire :

- contingent "liquidien" à taux protidique élevé (mucus)
- contingent calcifié ou "ossifié" (métaplasie osseuse)
- contingent vascularisé (charnu) de type "paroi digestive"

Chez une jeune femme

Loin de l'appendice (mucocèle) et de la partie terminale de l'AMS (Meckel)

**Duplication
digestive
(gastrique)**

duplication gastrique

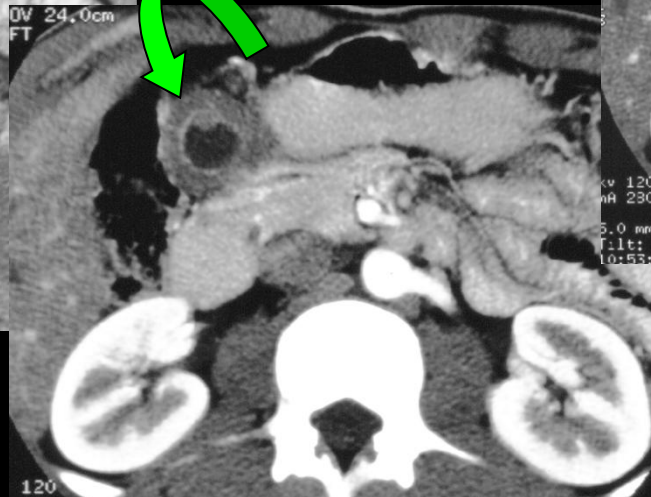
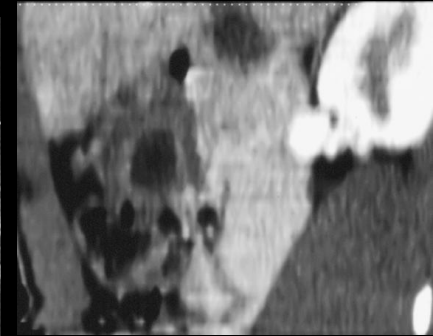
Image arrondie liquidiennne

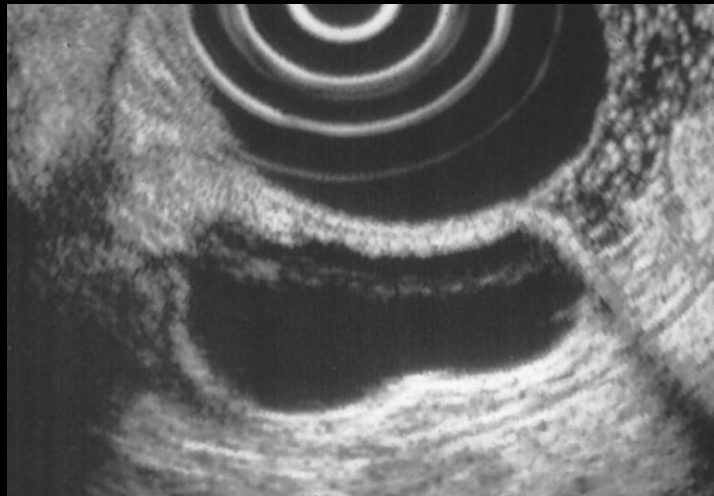
En regard de la grande courbure le plus souvent++

Rehaussement pariétal identique à l'estomac

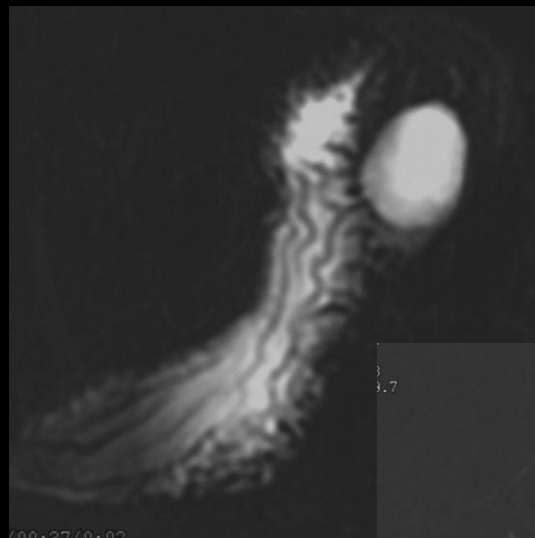
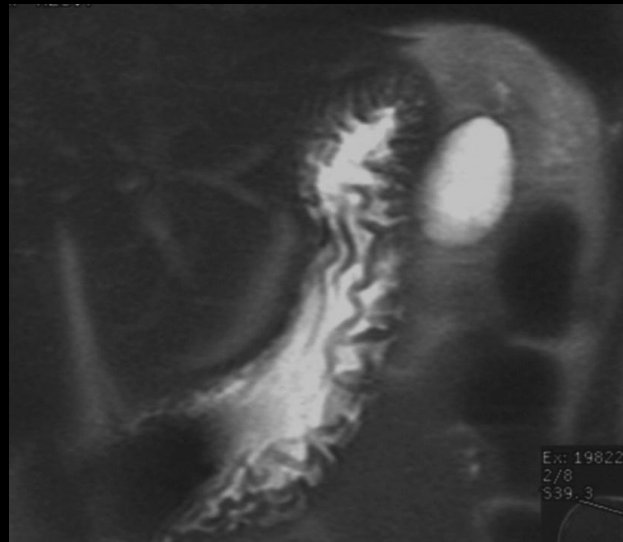
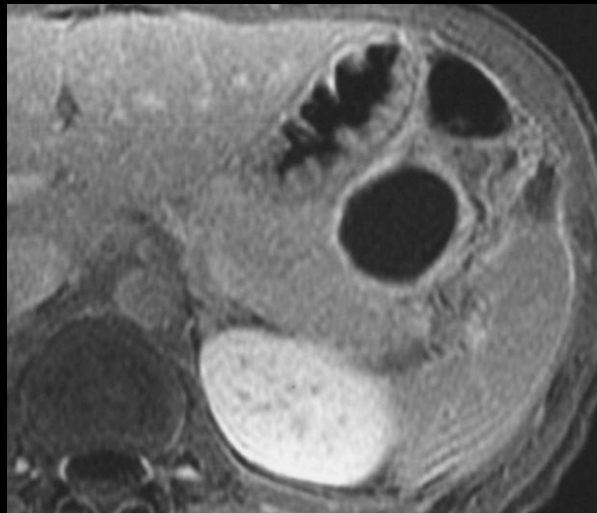
Calcifications pariétales

Communication avec estomac 15-18%

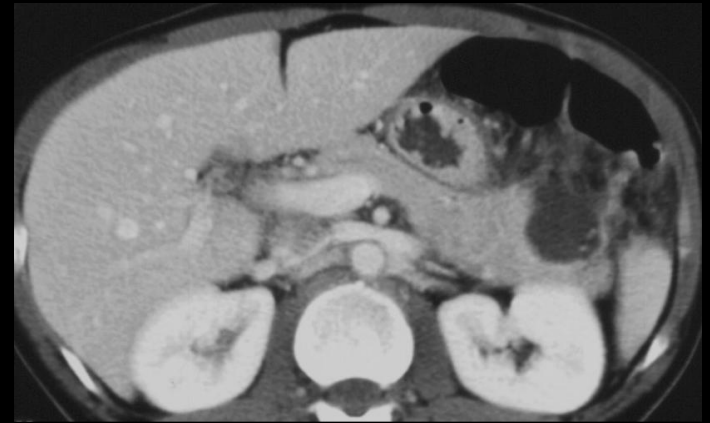
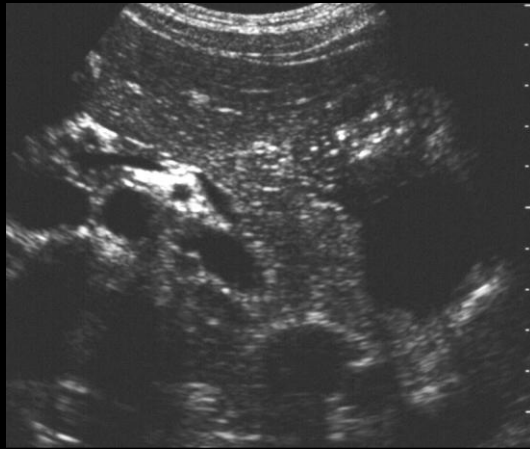
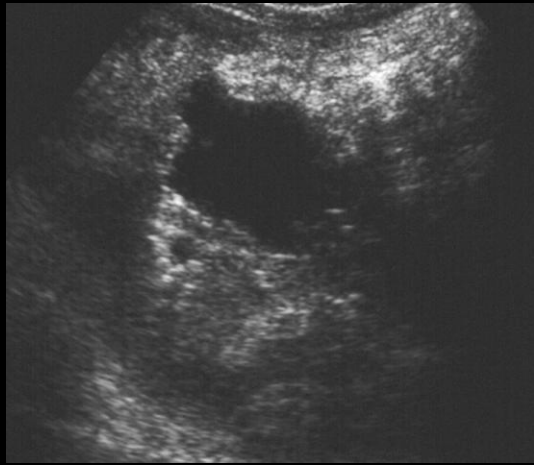




duplication gastrique



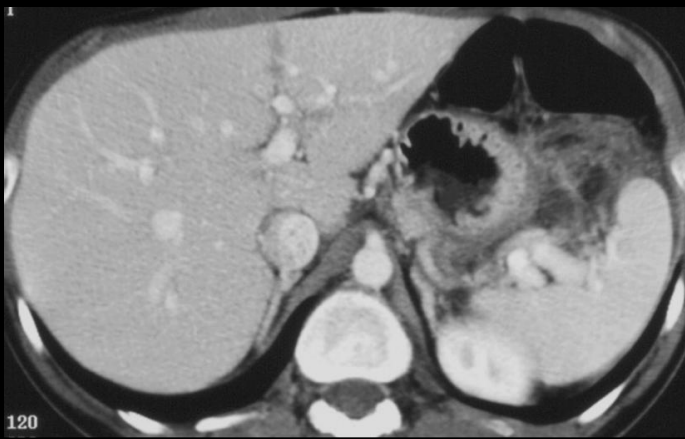
duplication gastrique



20



120



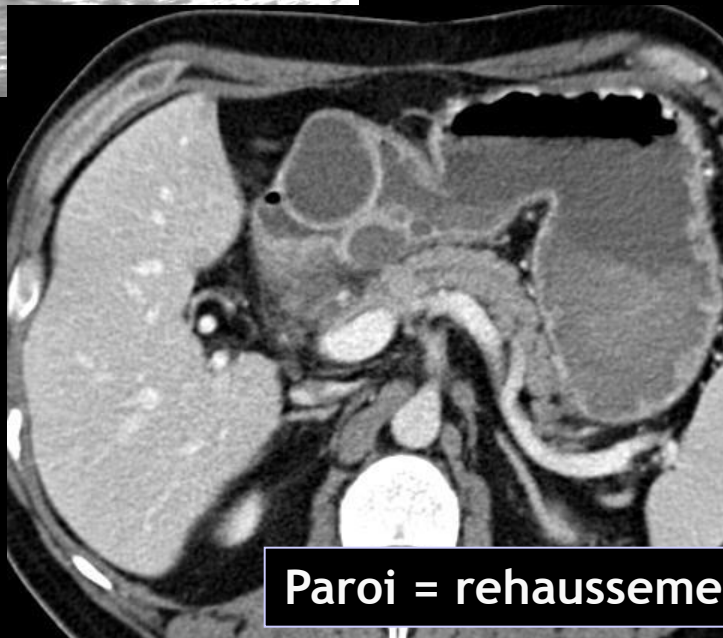
120



duplication gastrique 2

Echographie: Couches pariétales
Mouvements péristaltiques

Duplication antrale



Paroi = rehaussement identique paroi digestive

Diverticules gastriques

2 types différents de diverticule gastrique :

-vrai diverticule = congénital : le plus fréquent (75% sont en situation épigastrique)

-pseudo- diverticule = diverticule intra mural : exceptionnel (hernie muqueuse-sousmuqueuse au travers de la musculature) : **acquis**, association fréquente avec l'ulcère peptique, la pancréatite, la cholécystite et les obstructions malignes chroniques

Terrain :

- Rare : 0,02 % des séries autopsiques
- Tout âge, tout sexe

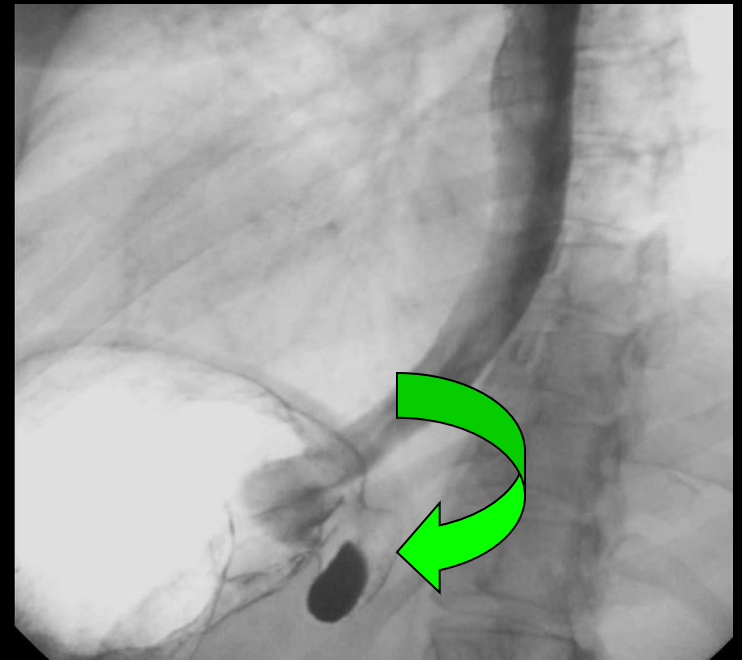
Clinique :

- Asymptomatique
-sauf en cas de complication (ulcération, saignement, évolution néoplasique)

Imagerie :

Transit baryté +++ (clichés de profil)

- Situé près de la jonction oeso-gastrique
- Taille 1-3 cm, parfois 10 cm
- Remplissage partiel avec niveau gaz-baryte
- Gros diverticules : ne se remplissent pas !!!



Diagnostic TDM

Masse arrondie de la loge supra-rénale gauche

- Densité tissulaire, gazeuse, liquidienne ou mixte
- Pas de réhaussement

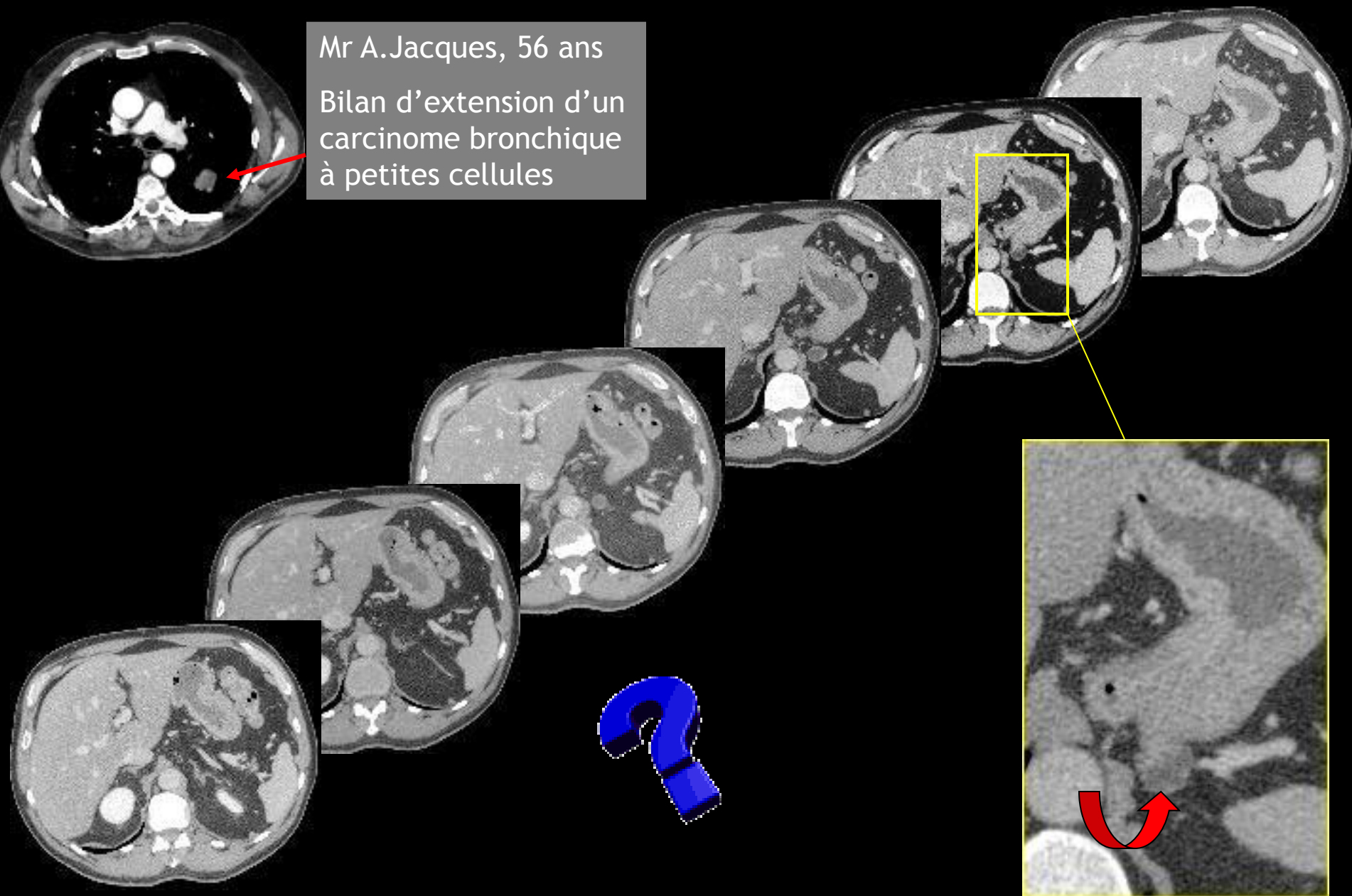
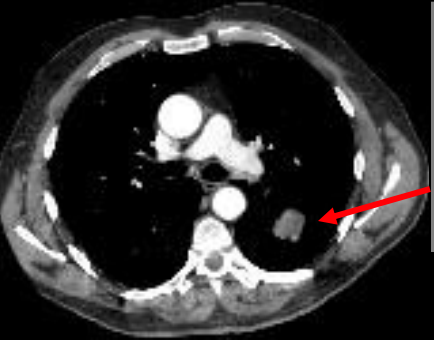


La position de la surrénale gauche varie considérablement et dépend de la position du rein gauche, et donc de la quantité de graisse retro-péritonéale

Elle peut donc être en rapport étroit avec la région cardiale, la face postéro-médiale du fundus, voire le duodénum

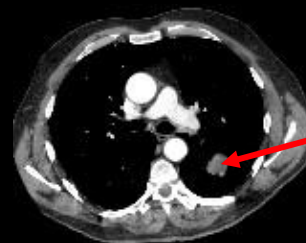
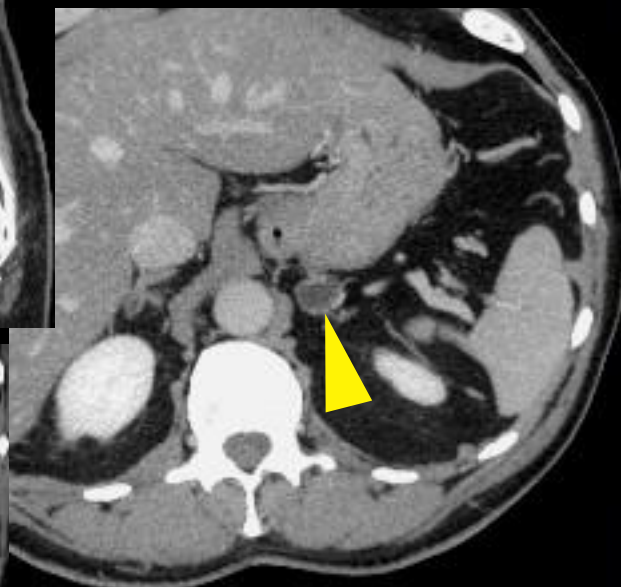
Ainsi, un diverticule épicardial prenant place dans la fossette surrénalienne simule une masse surrénalienne kystique ou solide !!!!

Mr A.Jacques, 56 ans
Bilan d'extension d'un
carcinome bronchique
à petites cellules

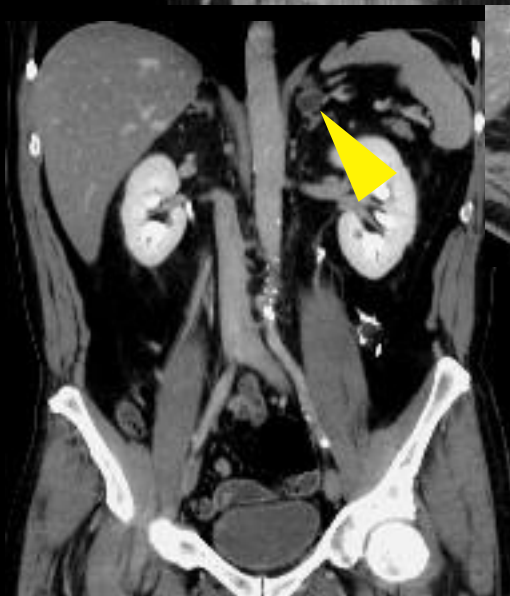




Reformations multi-planaires



Mr A.Jacques, 56 ans
Bilan d'extension d'un
carcinome bronchique à
petites cellules

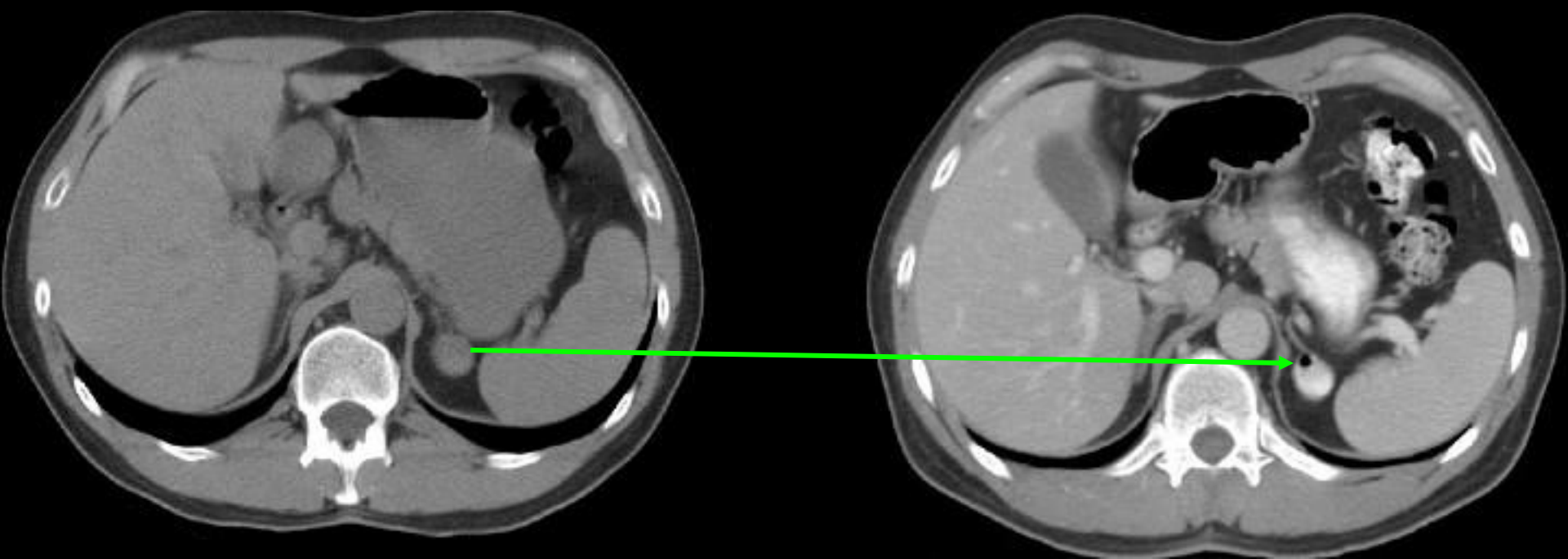


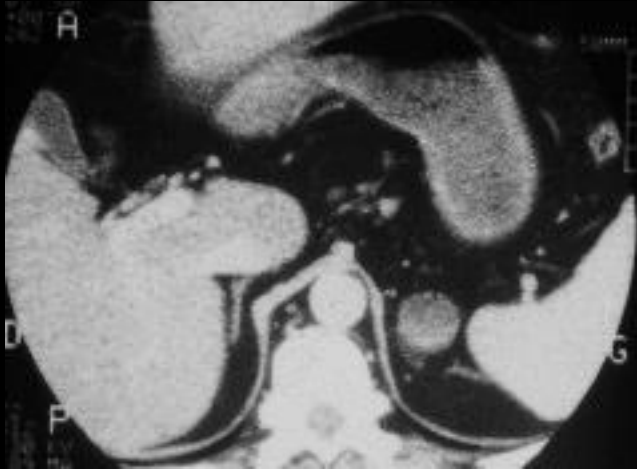
Ce n'est pas une métastase
surrénalienne !!

Mais un diverticule épicardial...

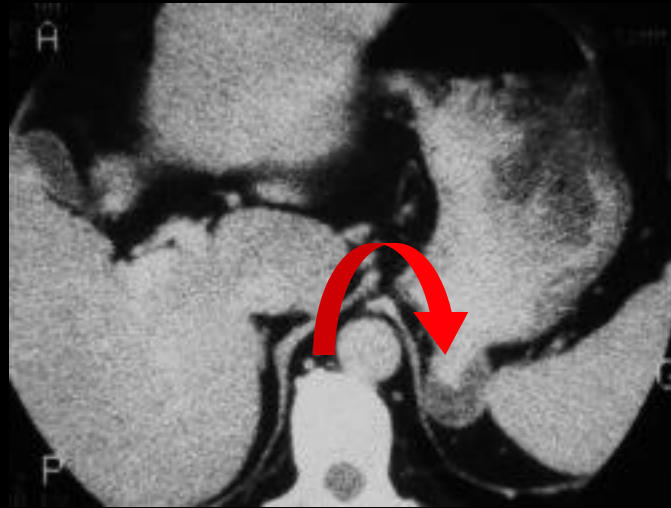
Pour différencier une lésion surrénalienne gauche d'un diverticule épicardial :

- Acquisition en procubitus : remplissage par les gaz
- Faire boire du produit de contraste oral « positif » (hydrosolubles iodés dilués) qui remplira le diverticule !





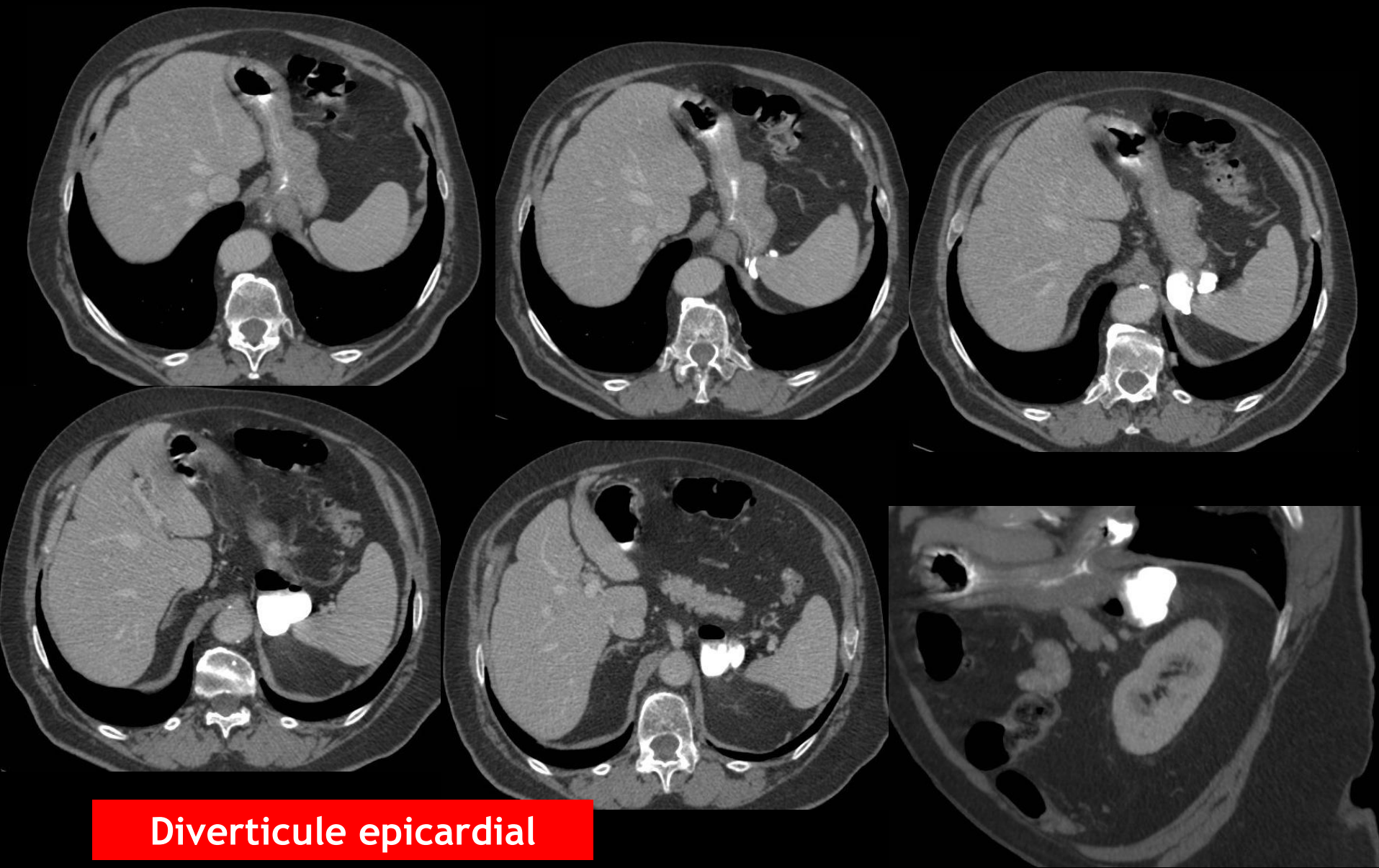
Autre cas

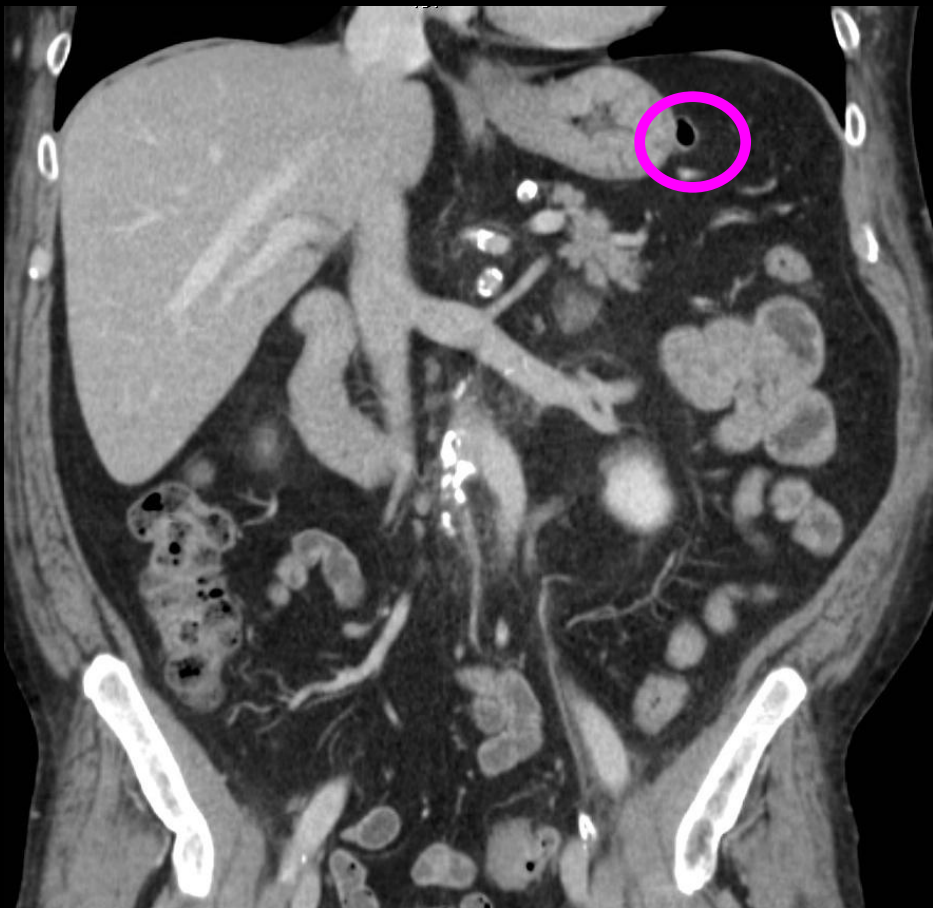


Remplissage par
le produit de
contraste oral
positif

Autres diagnostics différentiels du diverticule épicardial :

- nodule de splénose / rate accessoire / polysplénie +++
- masse pancréatique



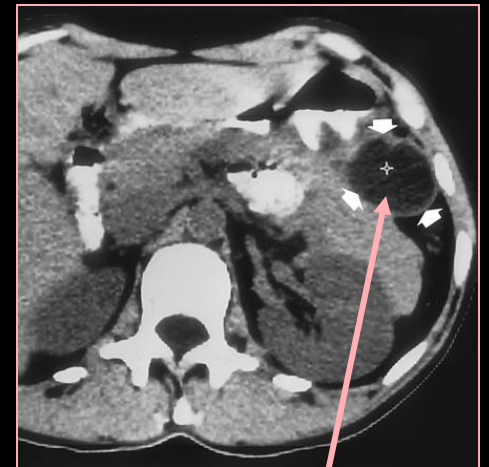
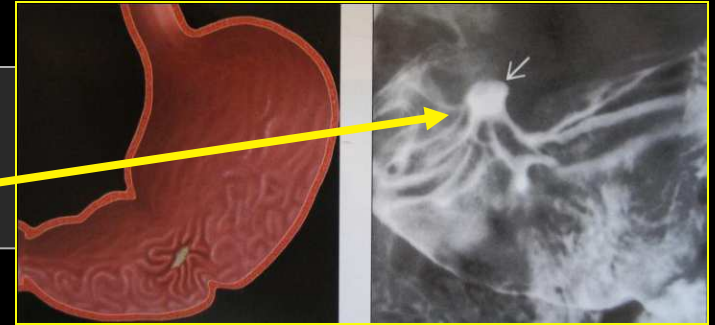


Diverticule gastrique

Diverticule de l'antre gastrique

Beaucoup plus rare

Peut mimer un **cratère ulcéreux**



Voire une...duplication (mais non communicante : pas de remplissage)

1. Anatomie et techniques d'exploration de l'estomac
2. Pathologie tumorale de l'estomac
 - A tumeurs épithéliales
 - B lymphomes
 - C tumeurs conjonctives
 - D tumeurs endocrines
 - E métastases
3. Pathologie inflammatoire, mécanique et vasculaire
 - A gastrites aiguës et chroniques
 - B gastrites à gros plis
 - C maladie ulcéreuse et perforation
 - D autres
4. Malformations gastriques
5. Chirurgie bariatrique

Chirurgie bariatrique

```
graph TD; A[Chirurgie bariatrique] --> B[Restrictive]; A --> C[Restrictive+ malabsorbative]; B --> D["-Anneau<br/>-Sleeve<br/>gastrectomie"]; C --> E[By pass];
```

Restrictive

-Anneau
-Sleeve
gastrectomie

**Restrictive+
malabsorbative**

By pass

-**TOGD** systématique à J1 : recherche de fistule

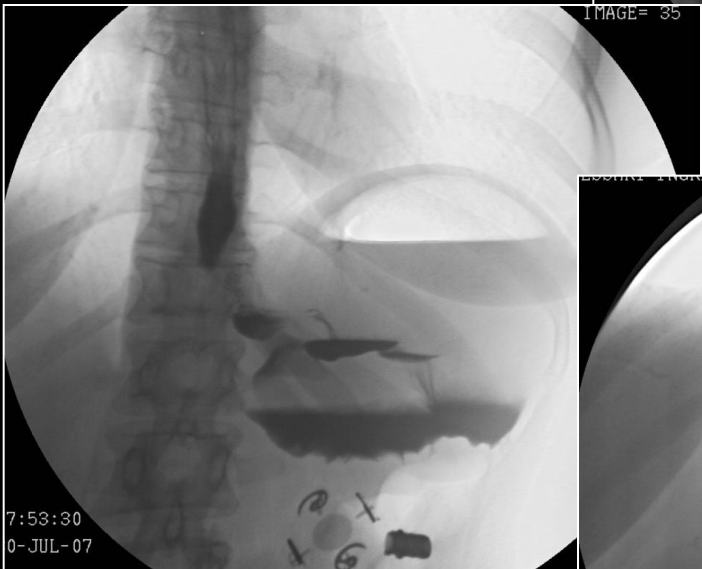
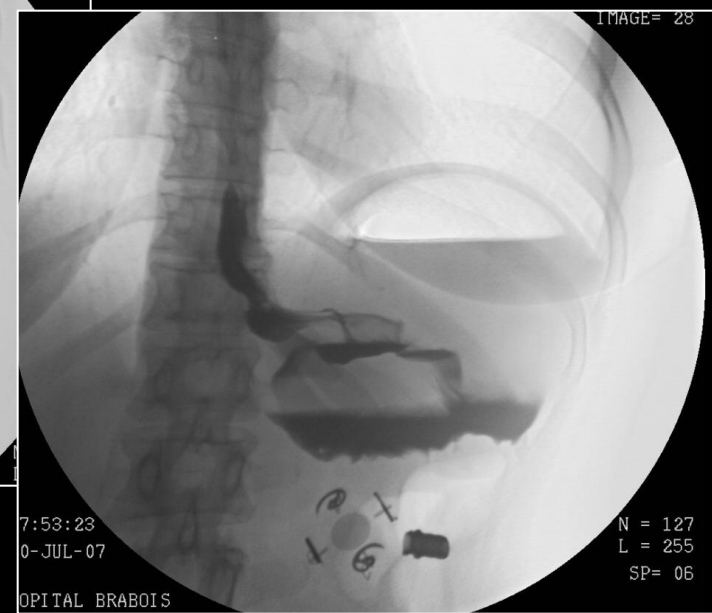
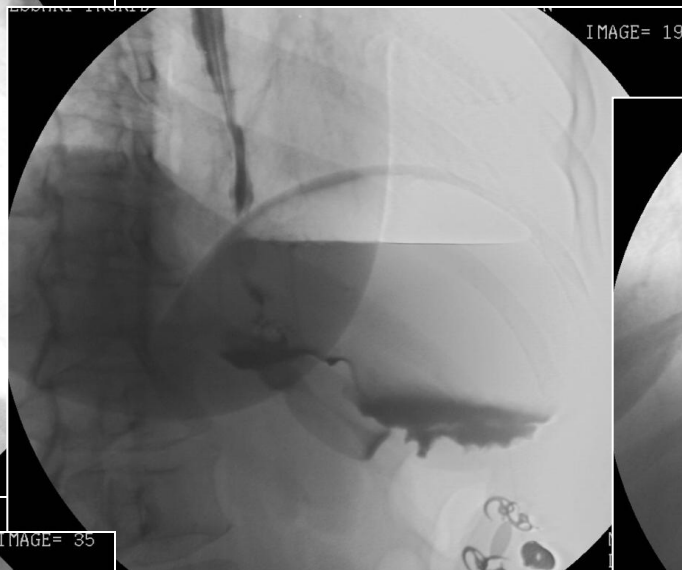
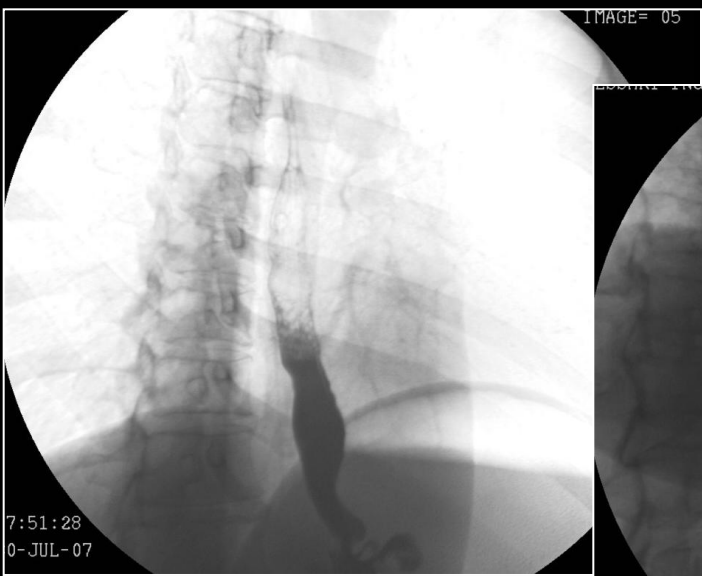
-**TDM** si TOGD pathologique ou devant toute symptomatologie digestive ou infectieuse en post-opératoire

Chirurgie bariatrique

ANNEAU GASTRIQUE

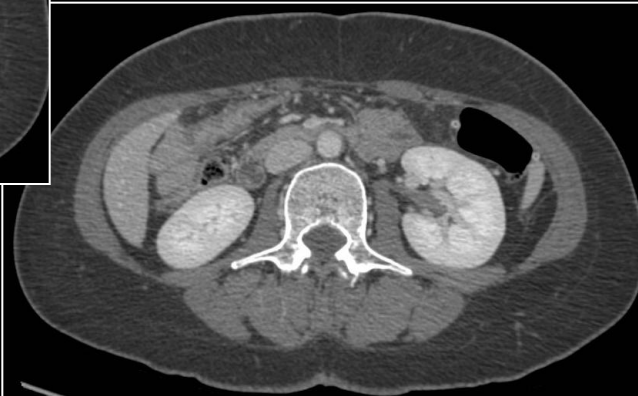


LASGB : Laparoscopic Ajustable Surgical Gastroplasty Barding



Stase et distension gastrique
Pas de franchissement du PDC en aval de l'anneau
Suspicion de volvulus de l'estomac



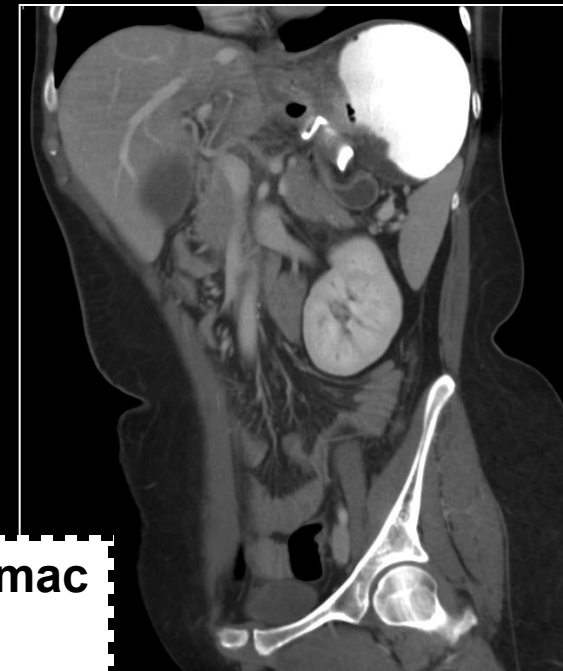




DESSART
Ex: Jul 3



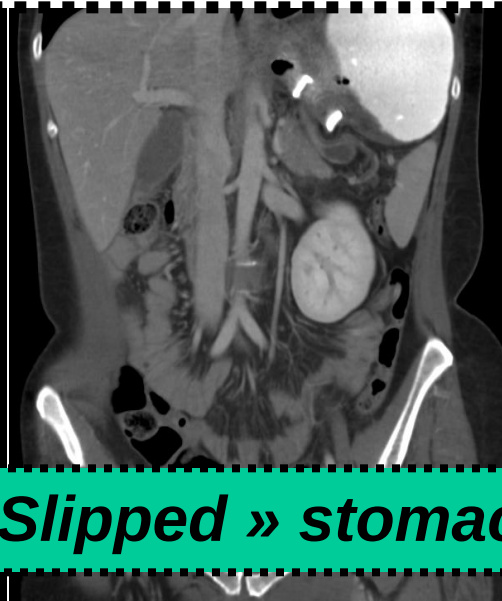
DESSART IN
Ex: Jul 30



**« Hernie » de la quasi-totalité de l'estomac
en amont de l'anneau gastrique,
sans volvulus ni signe de souffrance**



« Slipped » stomach



COMPLICATIONS ANNEAU GASTRIQUE

Précoces :

- Générales
- Perforation gastrique
- Suppuration sous-cutanée sur le boitier
- Blocage d'aliments

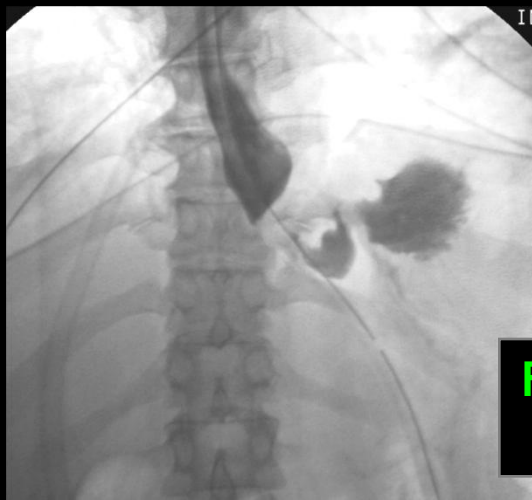
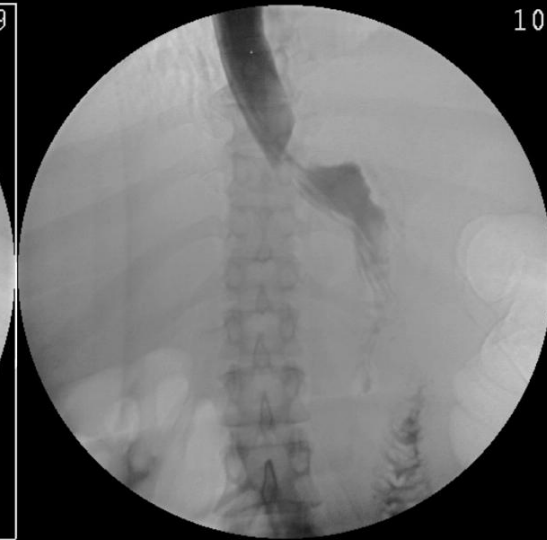
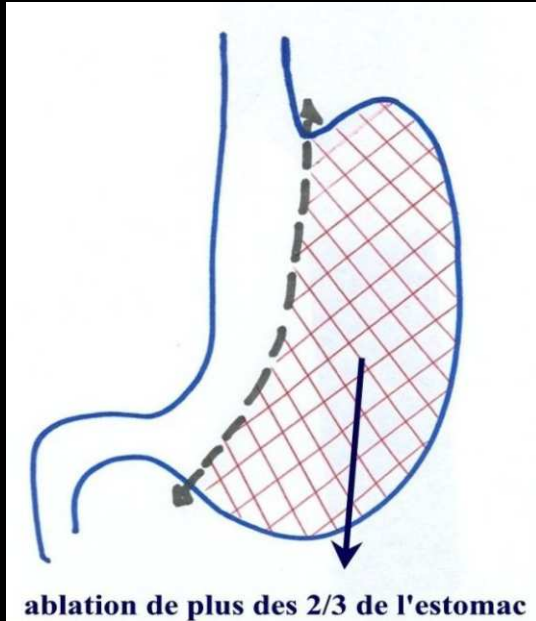
Tardives :

- Dilatation de la néopoeche
- Erosion gastrique (migration)



INTERVENTIONS RESTRICTIVES

Gastrectomie « sleeve »



Fuite sur lâchage de suture après
gastrectomie « sleeve »

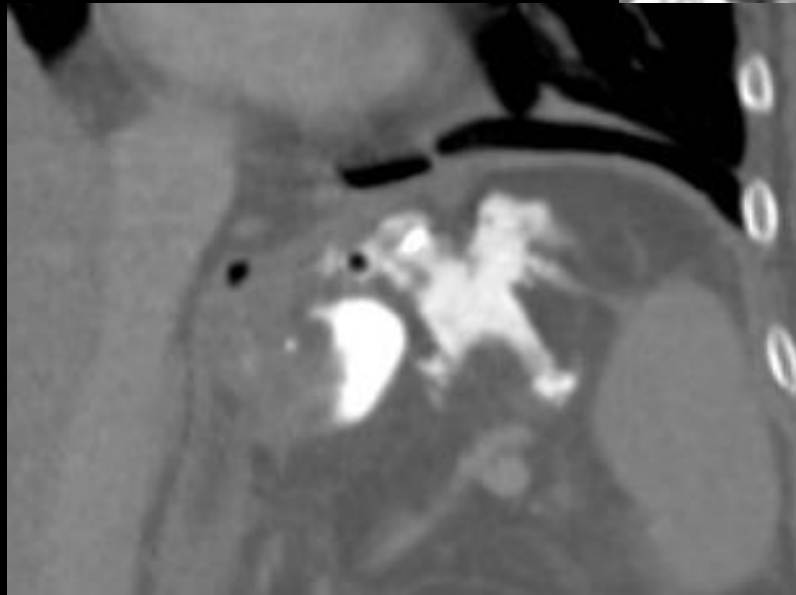
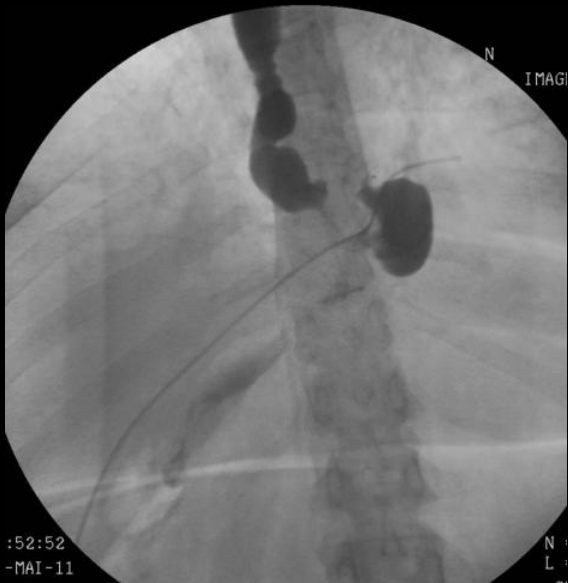
Gastrectomie « sleeve »

Précoces :

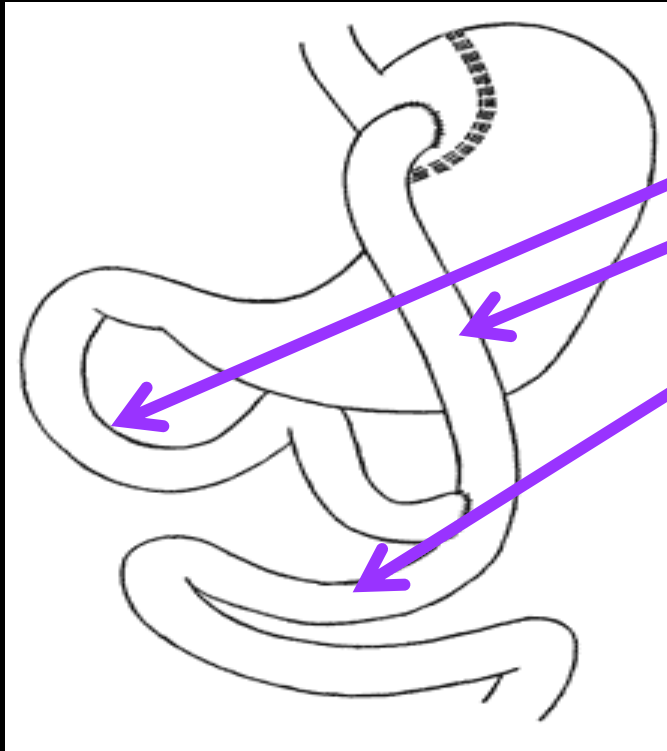
- Fistule
- Hémorragie

Tardives :

- Dilatation de la poche
- Reflux



INTERVENTIONS RESTRICTIVES ET MALABSORBATIVES

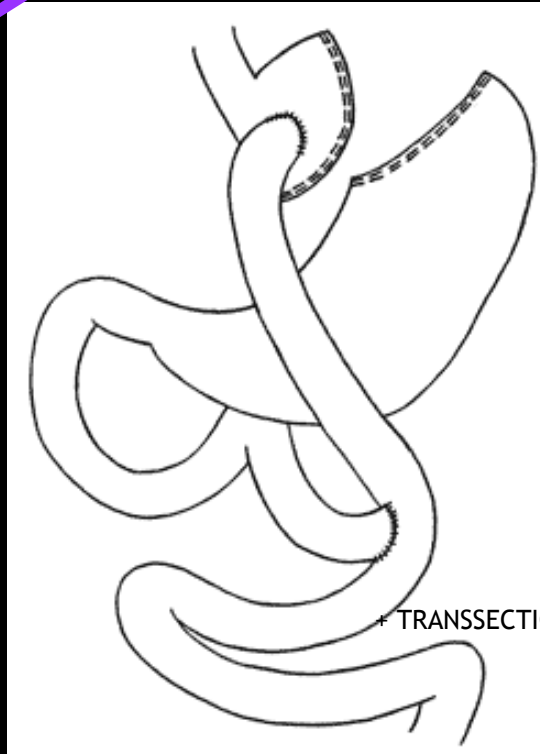


BYPASS

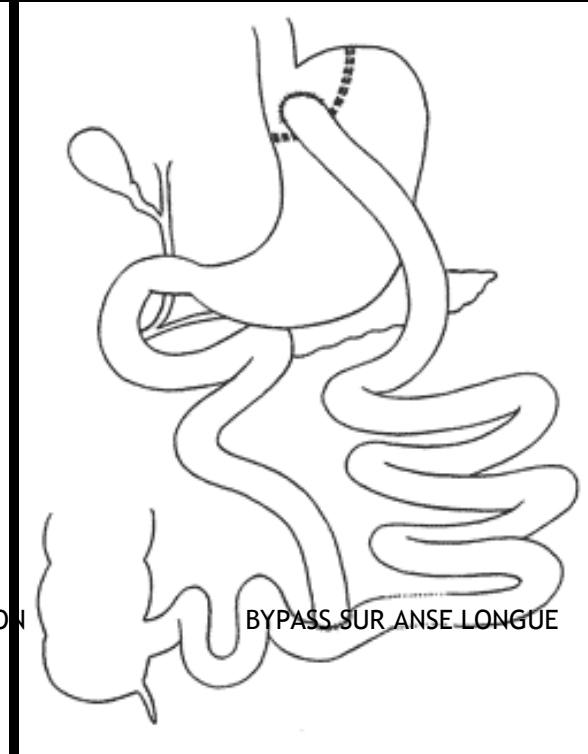
-Anse biliopancréatique

-Anse alimentaire

-Anse commune



TRANSSECTION



BYPASS SUR ANSE LONGUE

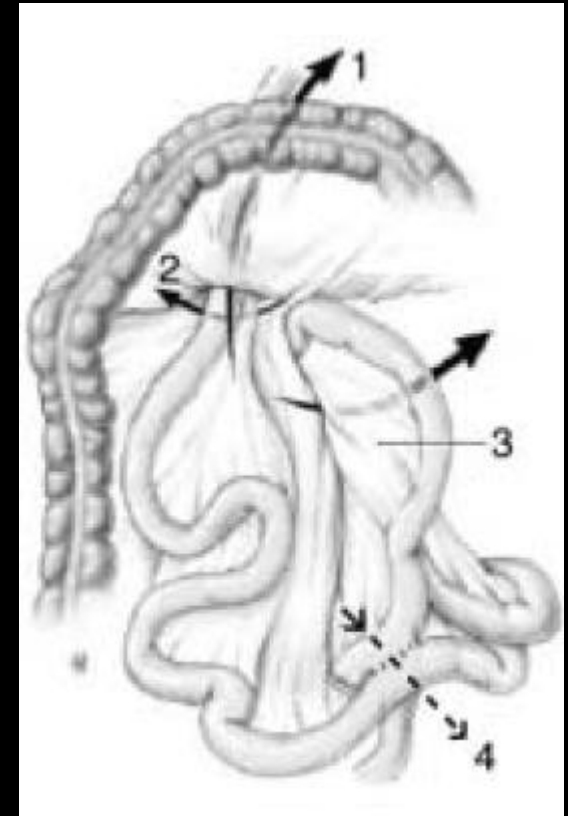
COMPLICATIONS DES BYPASS

Précoces :

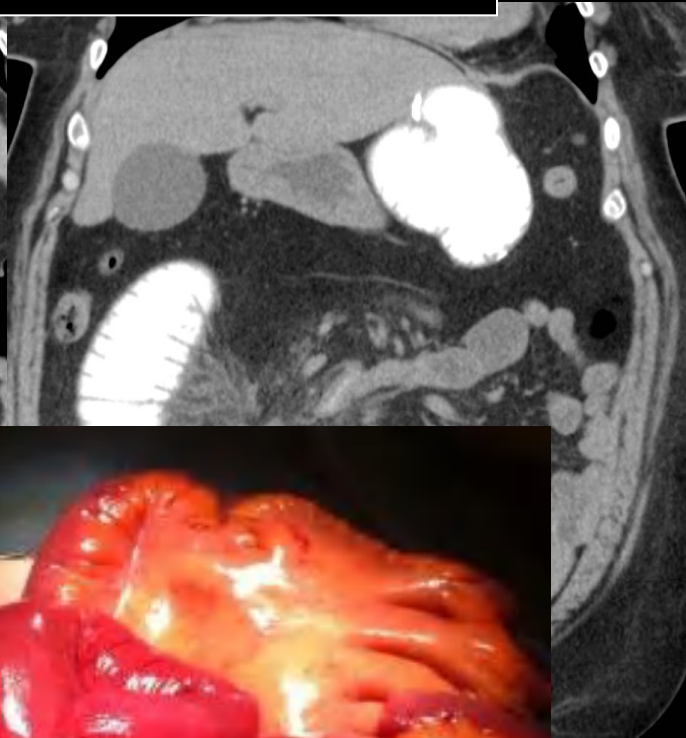
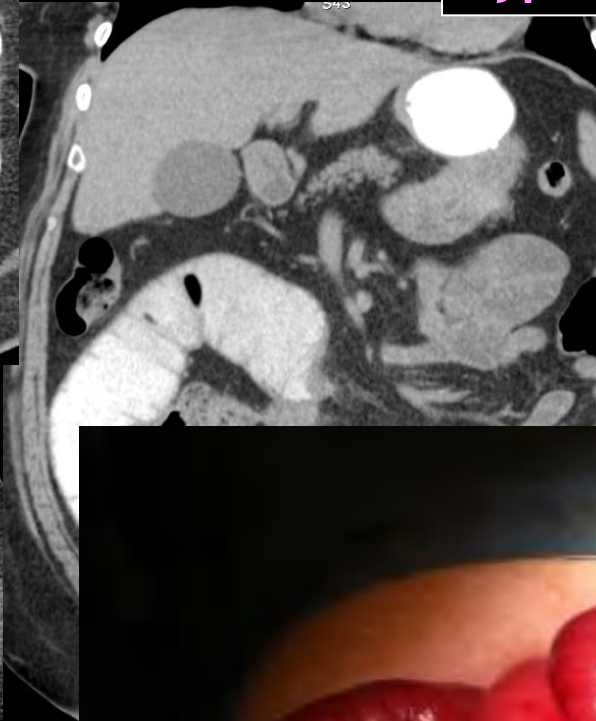
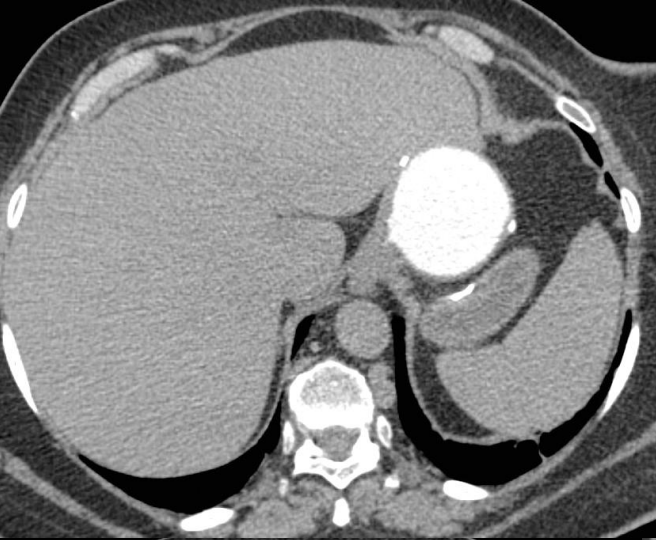
- Fistule anastomotique
- Fistule de la ligne d'agrafes
- Dilatation de la poche gastrique (gastro-gastrique)
- Hémorragie
- Occlusion de l'anastomose jéjuno-jéjunale (sténose ou torsion de l'anse biliopancréatique)

Tardives :

- Hernie interne (orifice transmésocolique, mésojéjunale, en arrière de l'anastomose jéjuno-jéjunale = hernie de Paroz)



Occlusion à 4 mois d'un
Bypass



Hernie interne
transmésojéjunale



Merci de votre
attention