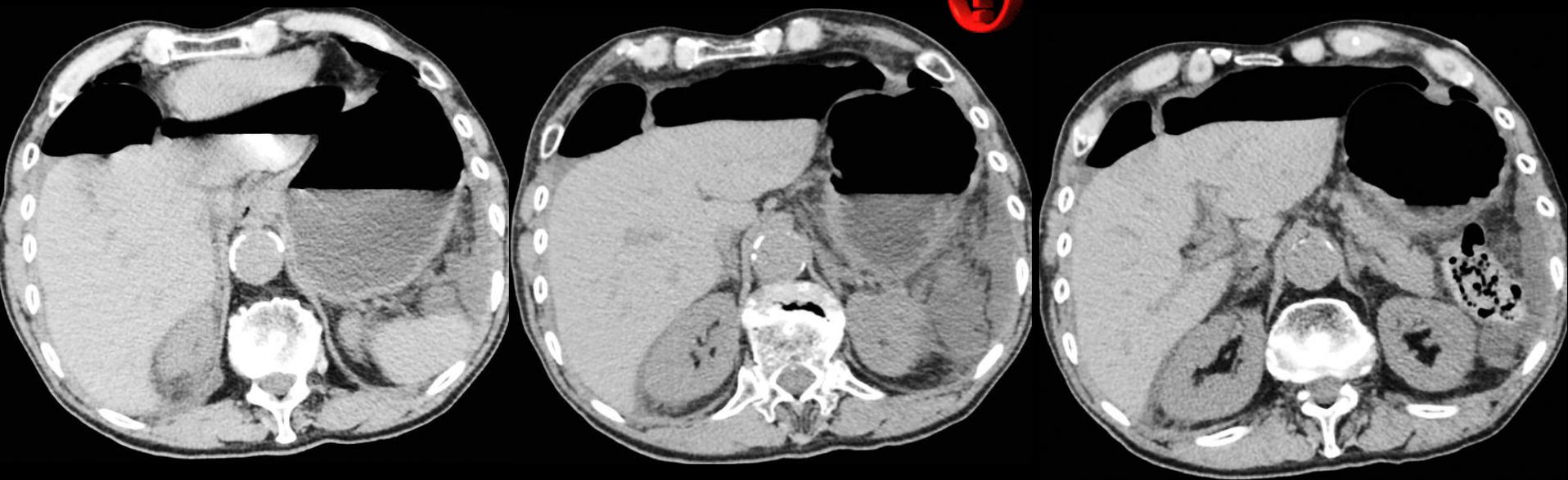


-homme de 81 ans, syndrome douloureux abdominal de la région épigastrique, de survenue assez brutale, évoluant depuis 48 heures ; abdomen ballonné, examen clinique montrant une petite défense à la palpation; persistance de gaz..

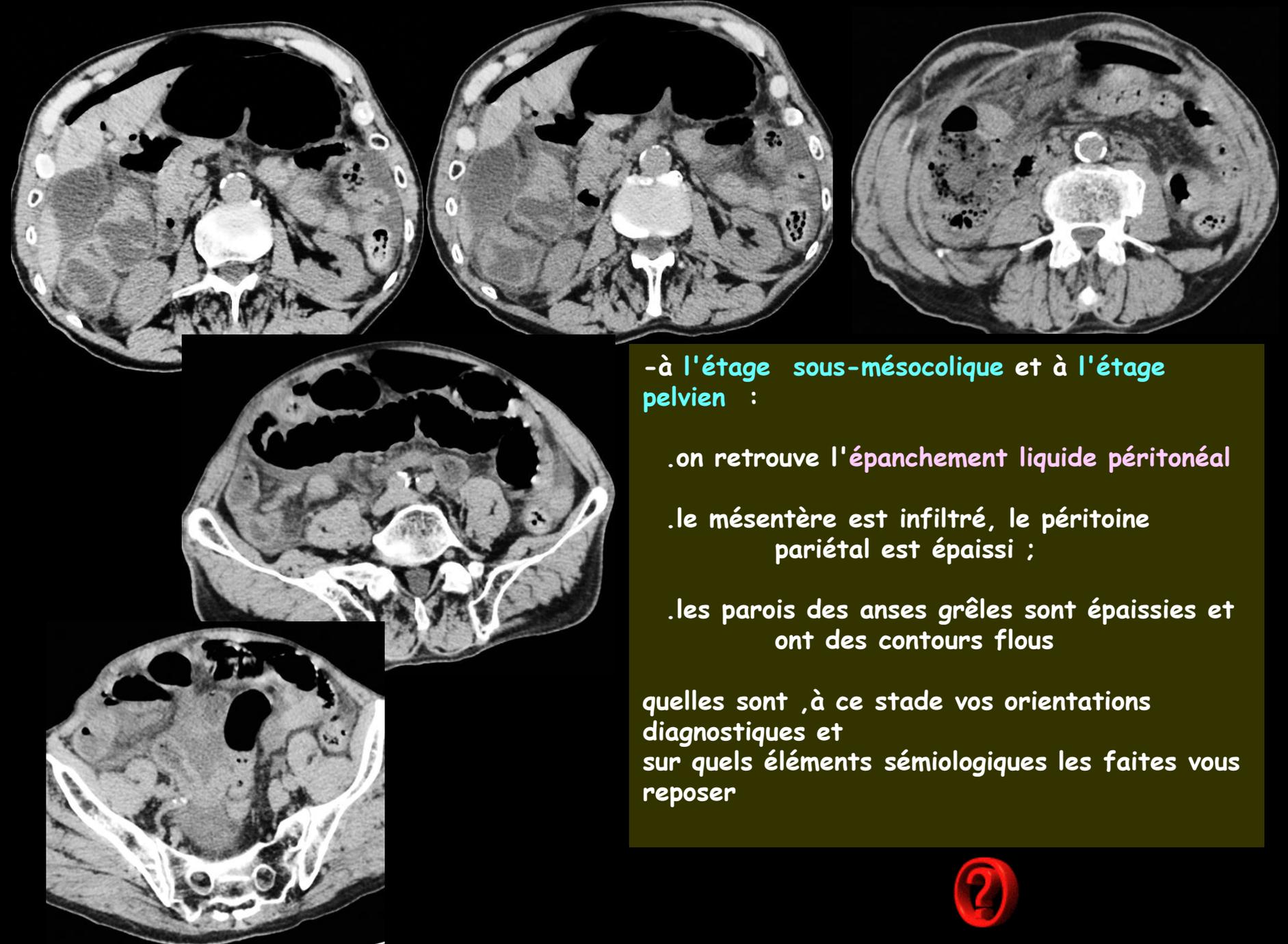
Quels éléments sémiologiques significatifs peut-on retenir dans ce contexte sur ces coupes scanographiques avant injection de produit de contraste.



-à l'étage sus-mésocolique :

- .présence d'un volumineux pneumopéritoine libre silhouettant le ligament falciforme.
- .présence d'un épanchement liquide péritonéal péri hépatique et péri splénique

docteur F. Peninque
scanner de Vire



-à l'étage sous-mésocolique et à l'étage pelvien :

- .on retrouve l'épanchement liquide péritonéal
- .le mésentère est infiltré, le péritoine pariétal est épaissi ;
- .les parois des anses grêles sont épaissies et ont des contours flous

quelles sont ,à ce stade vos orientations diagnostiques et sur quels éléments sémiologiques les faites vous reposer



-le diagnostic de perforation du tube digestif ne fait bien entendu aucun doute mais quelles hypothèses étiologiques devez vous formuler en fonction des images observées



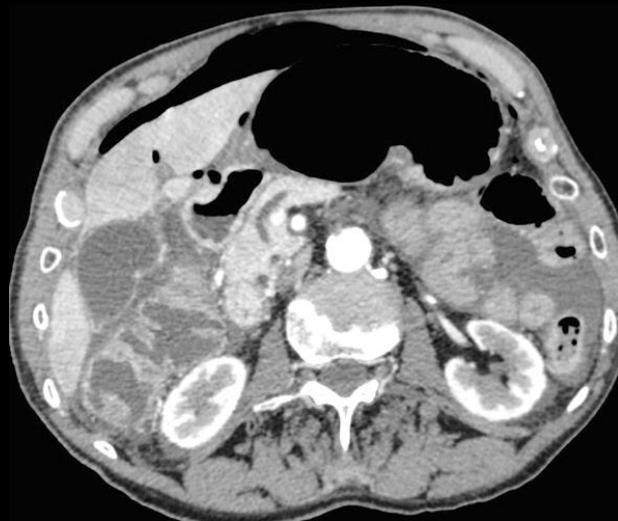
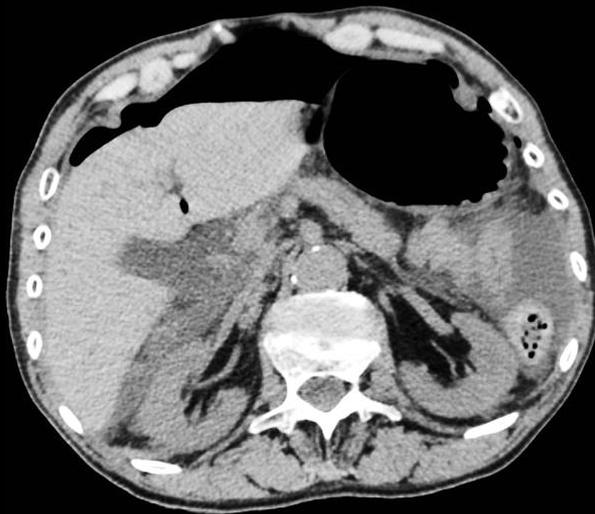
.le volume important du pneumopéritoine doit vous faire penser qu'il s'agit d'une **perforation en péritoine libre**, conséquence d'une **large brèche** en communication directe avec la cavité péritonéale, sans que les moyens habituels de colmatage (grand omentum, anses intestinales avoisinantes et leur mésentère) aient réussi à couvrir la brèche même partiellement

- 2 causes doivent d'emblée être évoquées et recherchées , l'une dans l'étage sus-mésocolique, l'autre dans l'étage sous-mésocolique

. la perforation d'un ulcère de la face antérieure du bulbe duodénal ou d'un ulcère de la face antérieure de l'estomac

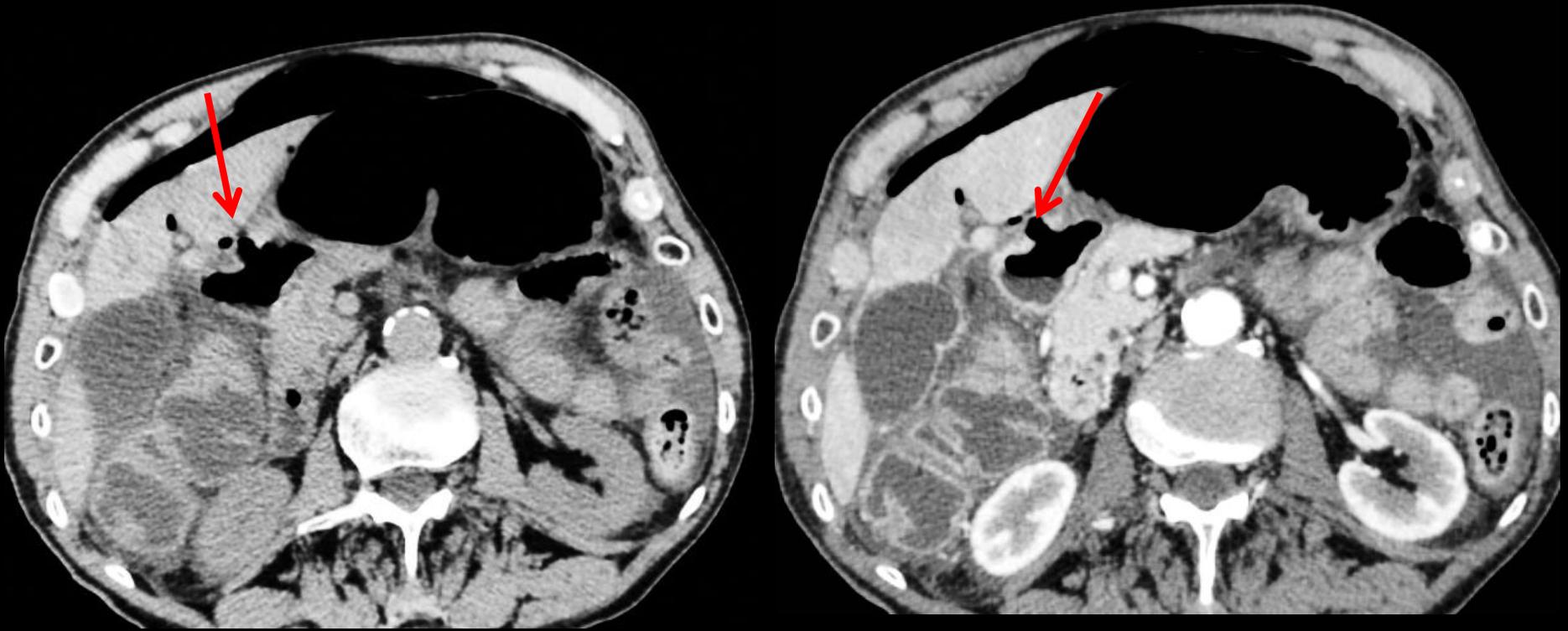
. une **perforation diastatique de la face antérieure du caecum**, conséquence d'une distension aiguë caecale , en relation avec une lésion sténosante sigmoïdienne , colique , plus rarement rectale.

- si ces mêmes perforations surviennent sur des lésions de la face postérieure de ces segments digestifs elles sont plus ou moins complètement "couvertes" et ne donneront pas de gros pneumopéritoine mais un rétro-pneumopéritoine (syndrome de Valentino dans le cas d'un ulcère perforé de la face postérieure du bulbe duodénal) ou une collection localisée



-pour objectiver la lésion ulcéreuse perforée du tube digestif ,il faut généralement **rechercher soigneusement une interruption dans la paroi digestive rehaussée après injection de produit de contraste** , sur des coupes fines et en ayant recours à des reformations multiplanaires .

-chez ce patient **la brèche de la paroi antérieure du bulbe duodénal mesure environ 10 mm de diamètre est parfaitement silhouettée par son contenu gazeux** et les bulles gazeuses sont retrouvées dans le sillon du ligament rond comme cela est bien connu dans les signes radiologiques de l'ASP des entérocolites nécrosantes perforées du prématuré.



-l'ulcère perforé de la face antérieure du bulbe duodénal était presque aussi visible sur la coupe **avant injection de produit de contraste (à gauche)** **qu'après injection (à droite)**.

-Vous aviez sûrement fait le diagnostic dès la deuxième planche puisque cette image y figurait en bonne place ...

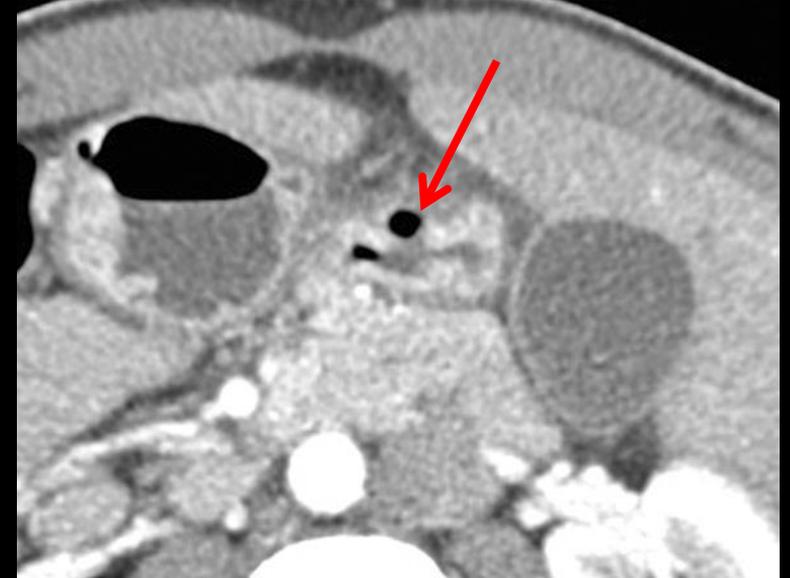
Messages à retenir

-devant un **volumineux pneumopéritoine** chez un sujet adulte , sans antécédents digestifs particuliers, il faut de principe évoquer **2 diagnostics** correspondant à de larges brèches d'une **paroi antérieure** du tube digestif non colmatables par les moyens habituels de défense.

-à l'étage sus-méso colique , il faut rechercher soigneusement une interruption localisée de la **paroi digestive antérieure** du **bulbe duodénal** ou de **l'estomac**. Cette discontinuité est beaucoup plus facilement mise en évidence après injection de contraste.

La certitude du diagnostic permet de porter l'indication d'un traitement par coelio-chirurgie

-à l'étage sous-méso colique, c'est d'abord à une **perforation diastatique de la paroi antérieure du caecum** qu'il faut penser en recherchant l'image de la lésion sténosante circonférentielle avec stase stercorale d'amont. L'interrogatoire confirmera les troubles récents de la défécation (constipation, selles rubanées sanglantes ...)



homme 31 ans , ulcère perforé de la face antérieure du bulbe duodénal chez un patient porteur d'un situs inversus et d'un mésentère commun complet

obs, Y. Ranchoup Grenoble...