
























## Consultez les vidéos sur [e-sauramps-medical.com](http://e-sauramps-medical.com)

	<b>Vidéo 2.11</b>	<b>HD Gauche</b> : coupe axiale, gauche en bas, l'estomac est positionné dans l'hémi-thorax gauche, le cœur dont on identifie bien les cavités est déplacé vers la droite
	<b>Vidéo 2.12</b>	<b>HD Droite</b> : coupe axiale, droite en haut : on note une ascite avec un foie ascensionné dans l'hémi-thorax droit, le cœur est complètement refoulé à gauche
	<b>Vidéo 2.13</b>	<b>Laparoschisis</b> : coupe sagittale : les anses intestinales libres flottent dans le LA, l'insertion du cordon se fait normalement.
	<b>Vidéo 2.14</b>	<b>Laparoschisis</b> : dilatation importante d'une anse intestinale libre
	<b>Vidéo 2.15</b>	<b>Atrésie de l'oesophage</b> : « <i>pouch-sign</i> » une poche est visible au niveau cervical, elle se dilate en fonction de la déglutition
	<b>Vidéo 2.16</b>	<b>Méga oesophage</b> : la partie basse dilatée de l'oesophage est parfaitement visible sur cette coupe frontale, on notera la continuité quasiment permanente de cette image avec celle de l'estomac traduisant le reflux.
	<b>Vidéo 2.17</b>	<b>Sténose duodénale</b> : coupe axiale, gauche à gauche de l'image : visualisation des deux images anéchogènes correspondant à l'estomac et au duodénum dilaté.
	<b>Vidéo 2.18</b>	<b>Atrésie du grêle</b> : les anses intestinales sont dilatées et présentent un important péristaltisme.
	<b>Vidéo 2.19</b>	<b>Volvulus (Vidéo Dr A.Sadji)</b> : Aspect typique en tourbillon du côlon
	<b>Vidéo 2.20</b>	<b>Duplication de l'oesophage</b> : la duplication est visible tant en coupe sagittale qu'en coupe axiale sous forme d'une image anéchogène juxtaposée à l'oesophage
	<b>Vidéo 2.21</b>	<b>Duplication gastrique</b> : sur cette coupe axiale, on retrouve en arrière et accolée à l'estomac une image anéchogène à parois épaisses correspondant à la duplication
	<b>Vidéo 2.22</b>	<b>Duplication intestinale</b> : image à contours épais présentant une forme irrégulière, un péristaltisme est visible
	<b>Vidéo 2.23</b>	<b>Péritonite méconiale</b> : nombreuses « calcifications » siégeant en particulier au niveau péri-hépatique
	<b>Vidéo 2.24</b>	<b>Hamartome hépatique</b> : coupe axiale : volumineuse lésion anéchogène intra-hépatique à contours très irréguliers.
	<b>Vidéo 2.25</b>	<b>Hémangiome hépatique</b> : gauche en haut, coupe axiale : volumineuse lésion prenant le Doppler du lobe gauche du foie
	<b>Vidéo 2.26</b>	<b>Anévrysme de la VO</b> : coupe sagittale : présence d'une lésion arrondie avec un Doppler tourbillonnant
	<b>Vidéo 2.27</b>	<b>VO droite persistante</b> : coupe axiale, gauche en haut : le coude de la VO a une concavité gauche, la VO est à droite de la vésicule biliaire, le ductus présent est bien visible.
	<b>Vidéo 2.28</b>	<b>Shunt ombilico-systémique</b> : la VO a un trajet extra hépatique et s'abouche directement à l'OD
	<b>Vidéo 2.29</b>	<b>Shunt ombilico-systémique</b> : la VO a un trajet extra hépatique et s'abouche à un vaisseau iliaque
	<b>Vidéo 2.30</b>	<b>Ductus malformatif</b> : le ductus prolonge la VO, est de calibre anormalement large et se jette dans la VCI.
	<b>Vidéo 2.31</b>	<b>Shunt ombilico porto sus hépatique</b> : la VO s'abouche à la branche portale droite qui s'abouche elle-même dans une veine sus-hépatique en formant un cavernome en rapport avec la pression du flux
	<b>Vidéo 2.32</b>	<b>Ascite</b> : coupe axiale : épanchement intra-péritonéal important surlignant le foie, les anses intestinales sont refoulées en arrière
	<b>Vidéo 2.33</b>	<b>Diverticule de Meckel géant</b> : coupe axiale : volumineuse formation antérieure présentant un fin piqueté échogène