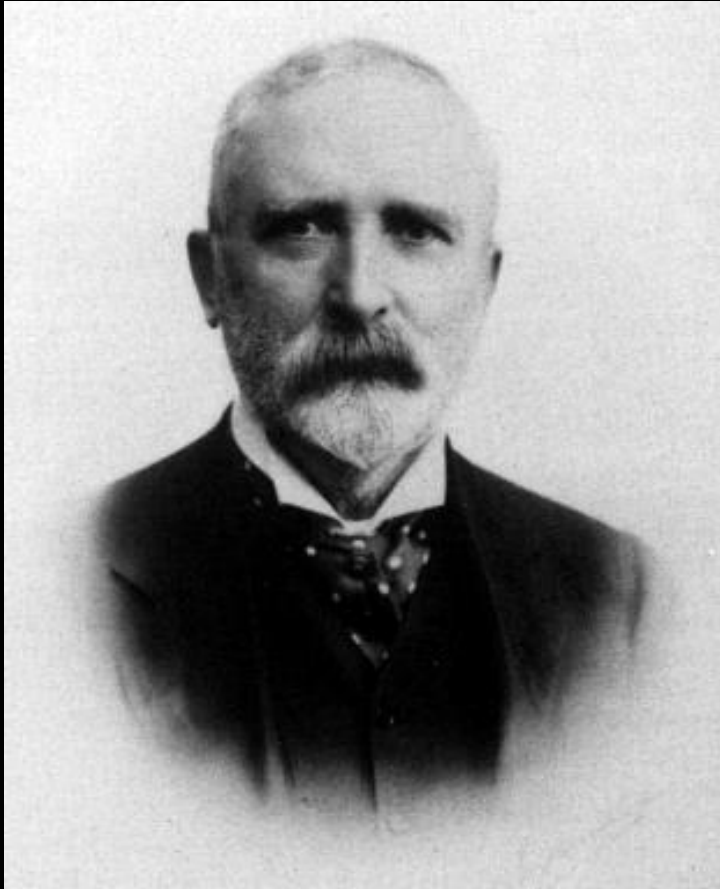


une "oubliette" de la cavité péritonéale à ne pas oublier

1-Rutherford Morison et la poche éponyme



né en Ecosse (Edimburgh), études médicales
puis professeur à l'Université de Durham
notoriété internationale
inventeur du BIPP bismuth, iode, paraffine,
pansement antiseptique pour les plaies
souillées suturées sans drainage

il décrit en 1894 l'espace sous-hépatique postérieur dans l'article suivant

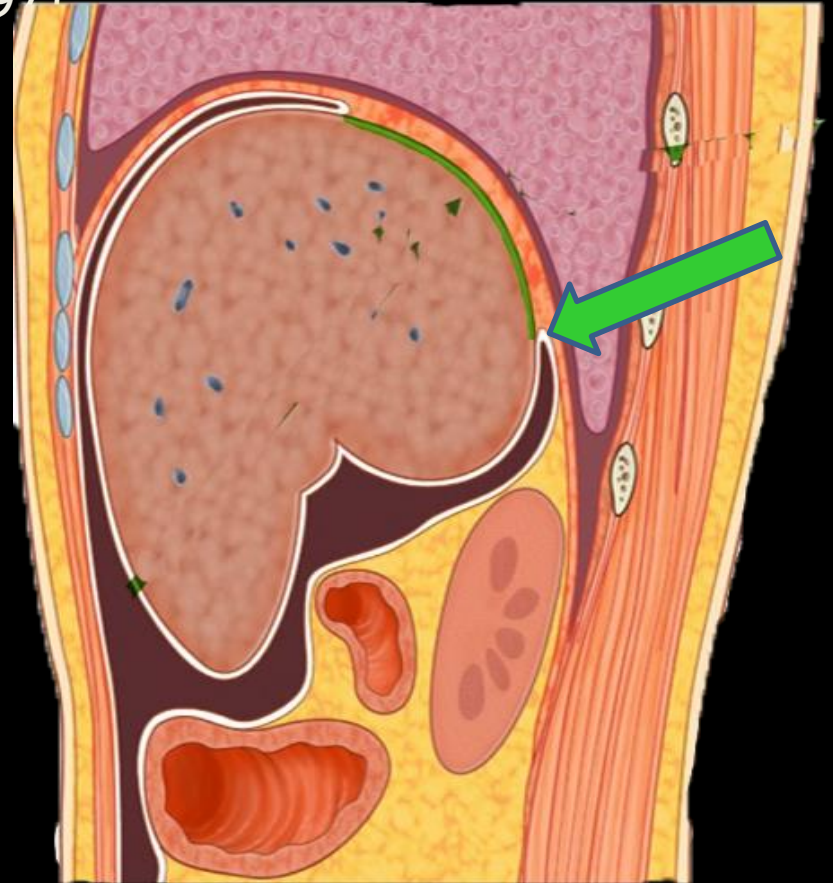
morison rcfpdn. the anatomy of the right hypochondrium relating
especially to operations for gallstones.

the british medical journal 1894; 2:968-971

le but est double:

- connaître l'existence de cette poche et
des barrières naturelles incomplètes qui la
séparent de la grande cavité péritonéale

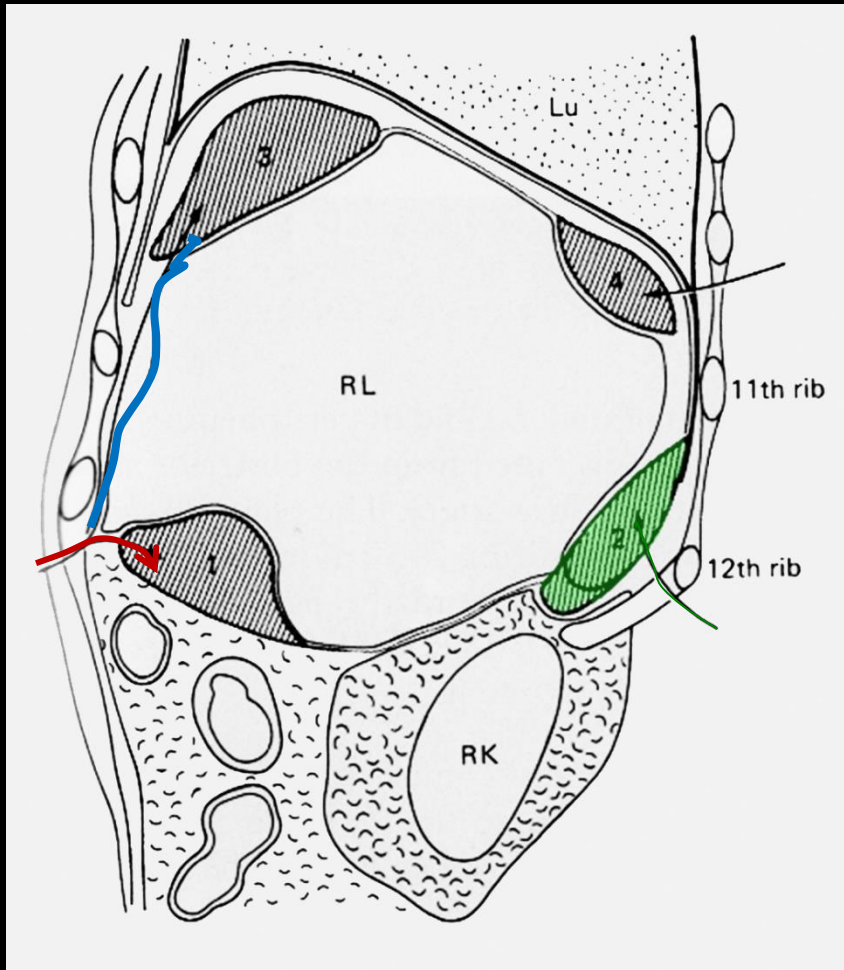
- plaider pour un drainage efficace du
fond de cette poche dans la chirurgie
biliaire





le fond de la poche de Morison correspond à la zone de réflexion du péritoine pariétal pour devenir le péritoine viscéral péri-hépatique, **au niveau du bord inférieur du ligament transverse droit**. C'est également là que se déverse le contenu liquide de la gouttière pariéto-colique droite

2-physiopathologie des abcès sous phréniques

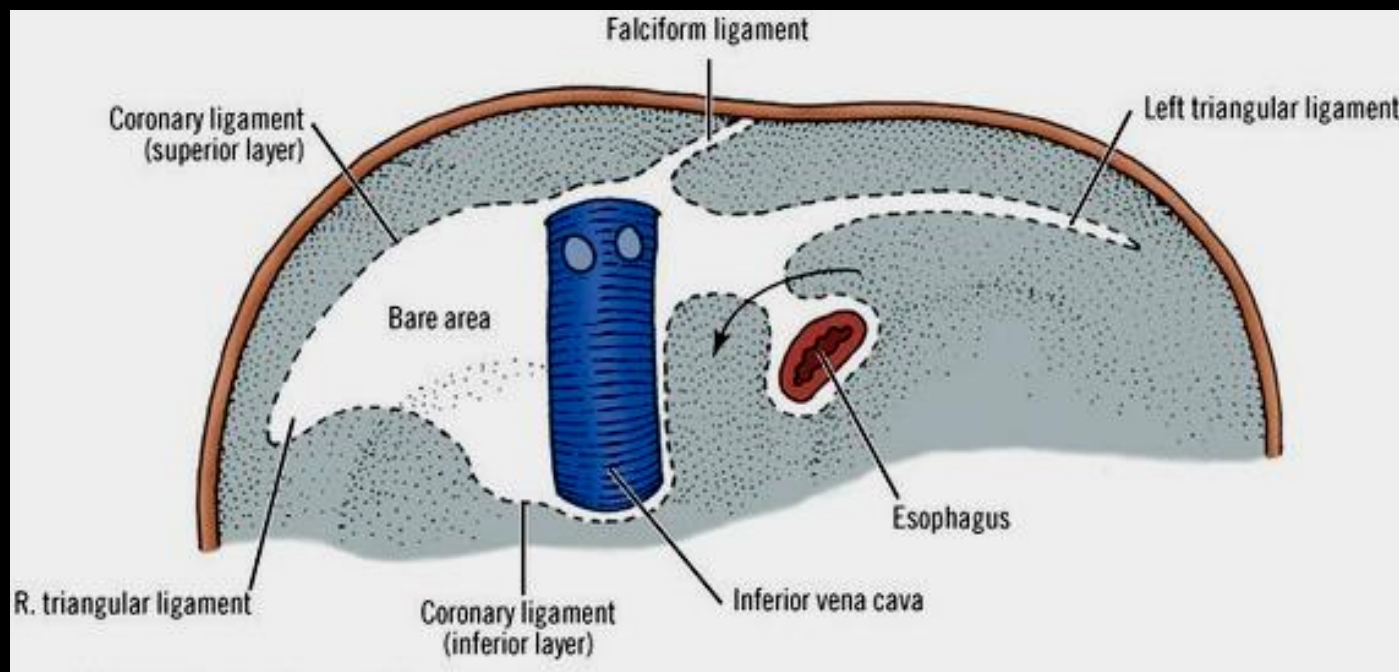


Morton Meyers (1975) reprend un schéma de Boyd (1949) qui précise les différentes variétés d'"abcès sous phréniques" en séparant

- les localisations sous-phréniques (sus-hépatiques) antérieure (3) et postérieure (4)

- les localisations sous-hépatiques , antérieure (1) et postérieure (2) cette dernière étant la plus fréquente , à l'origine d'abcès postérieurs , sous et rétro-hépatiques

Il précise les voies d'abord, en particulier le bord inférieur de la 12^{ème} côte pour les abcès du fond de la poche de Morison

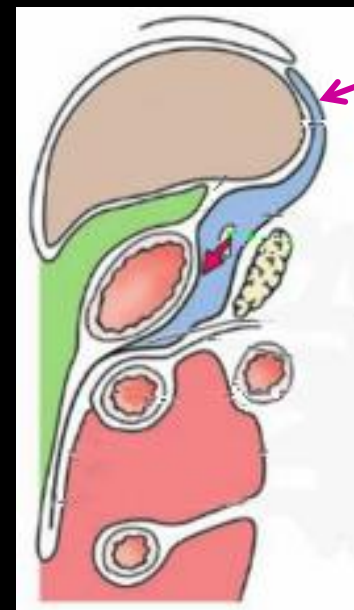
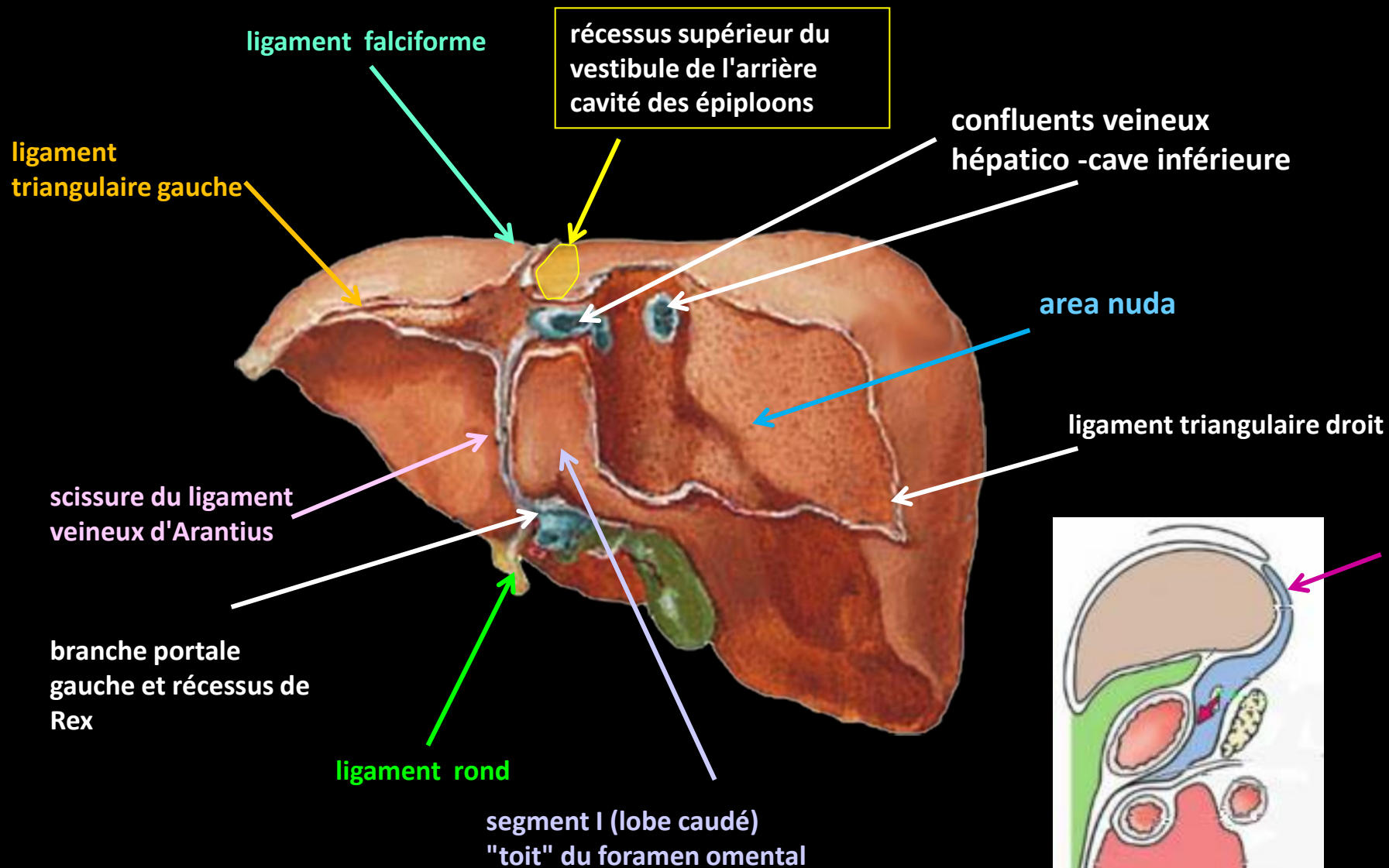


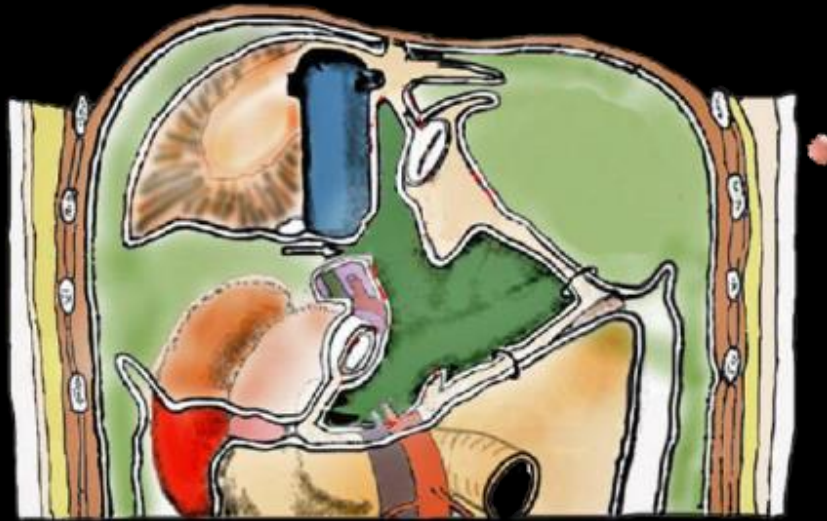
ce sont surtout les connaissances plus précises des **moyens de fixité du foie**, en particulier

.le rôle essentiel du **confluent veineux hépatico-cave** d'une part,

.et **le concept de ligament coronaire du foie** constitué des 2 ligaments

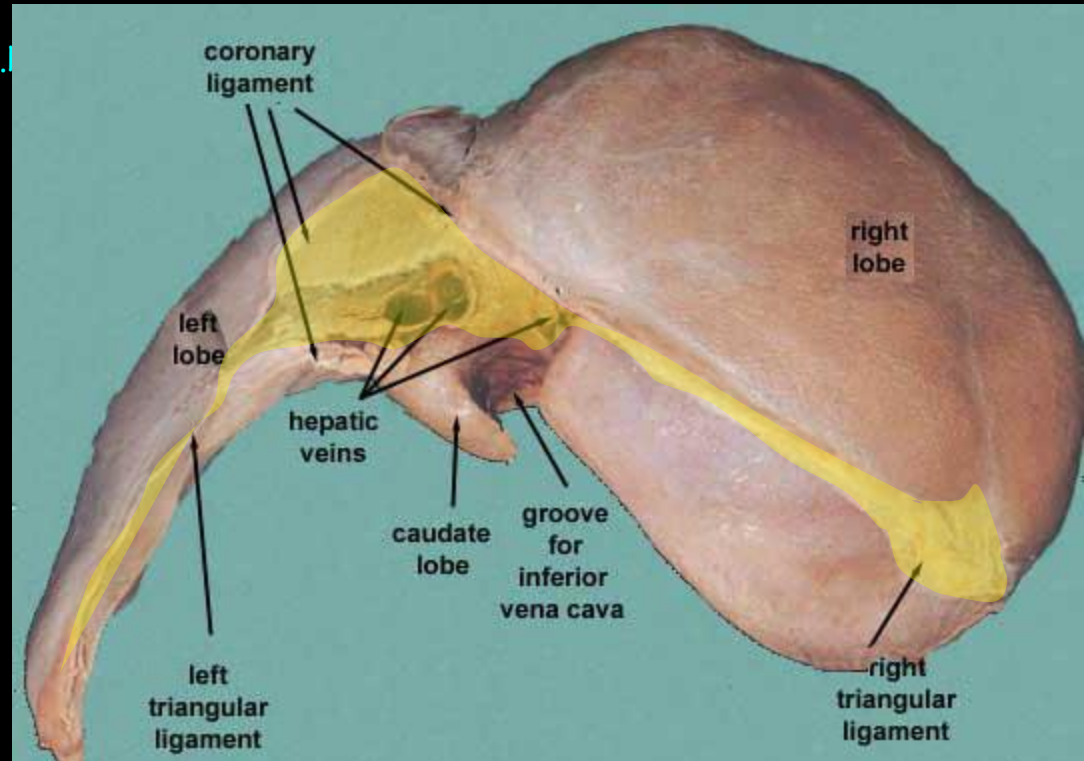
triangulaires circonscrivant l'area nuda (bare area) de la face postérieure du foie qui ont permis de comprendre entre autres choses, la dynamique des fluides dans chacun des deux étages sus et sous-mésocolique ainsi que lors des échanges entre eux .



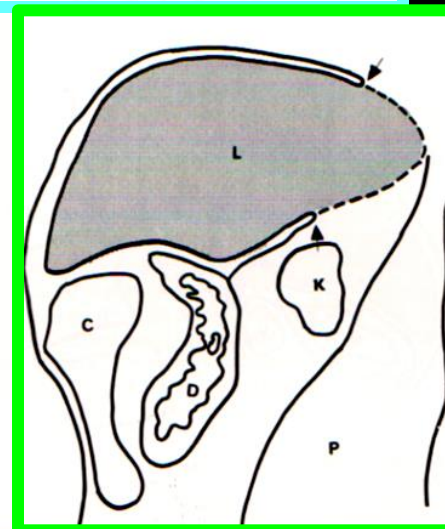
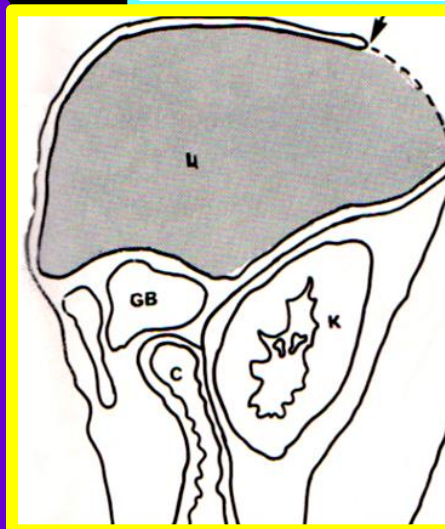
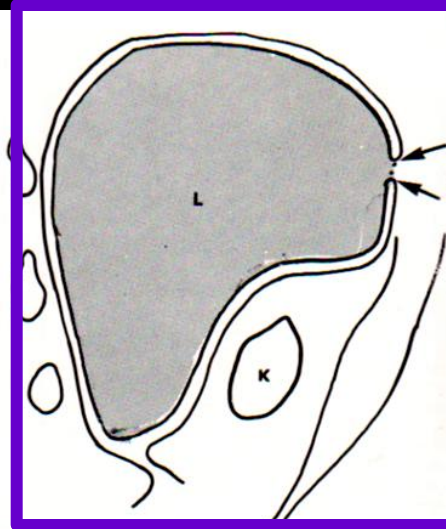
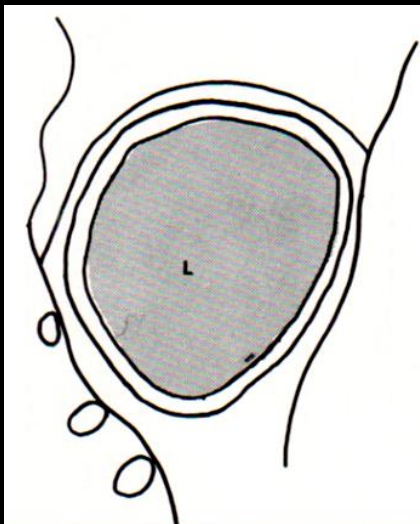
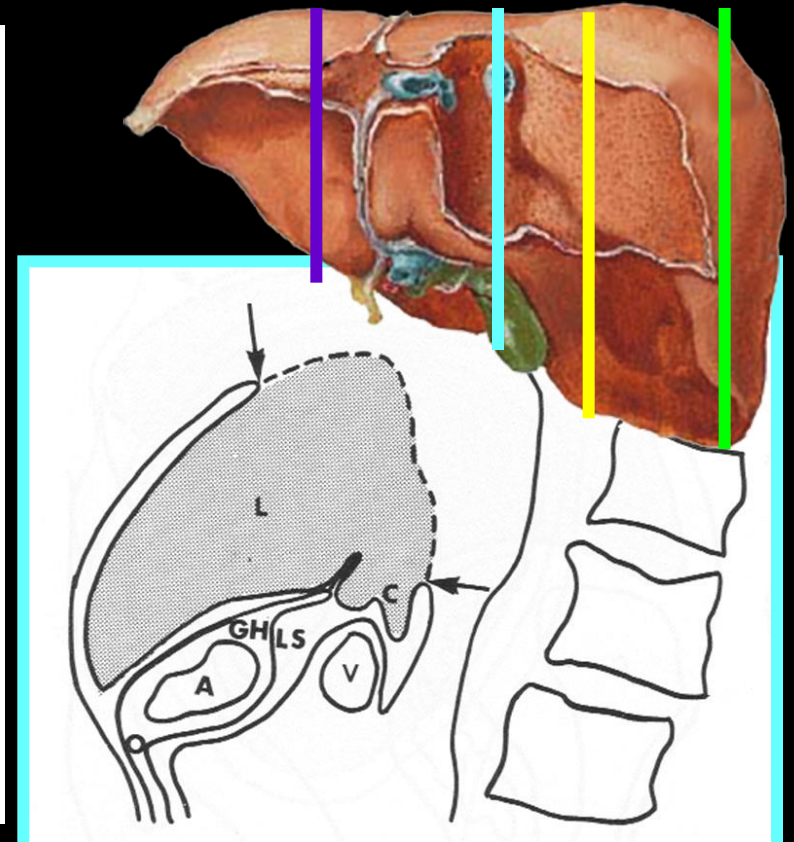
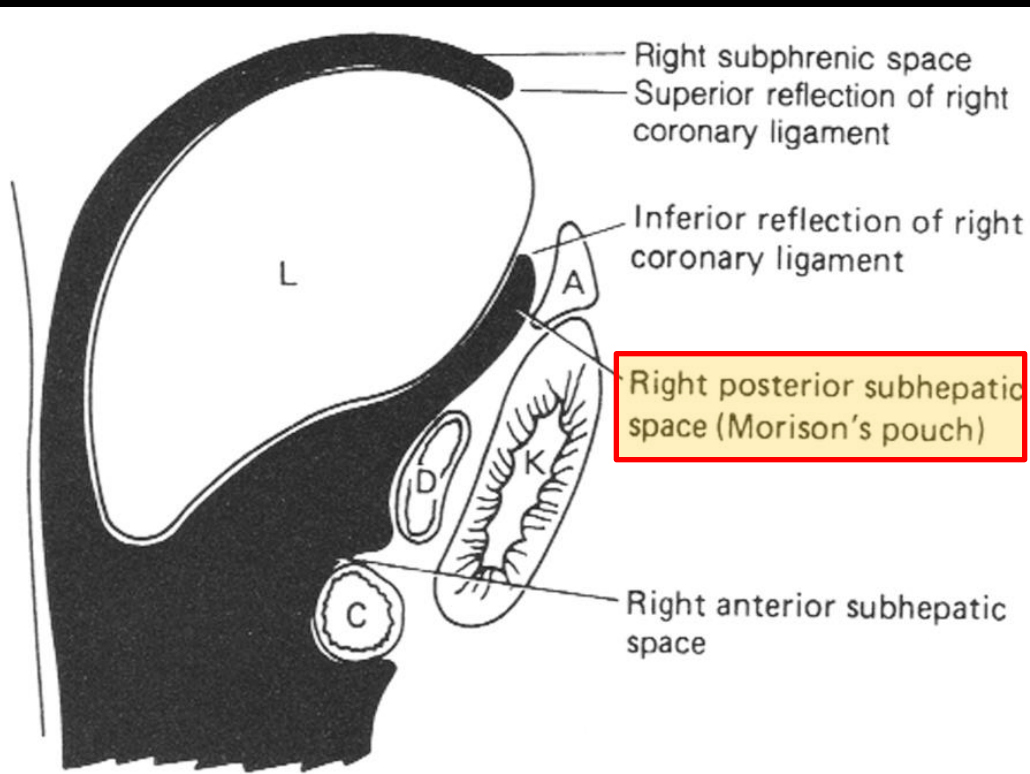


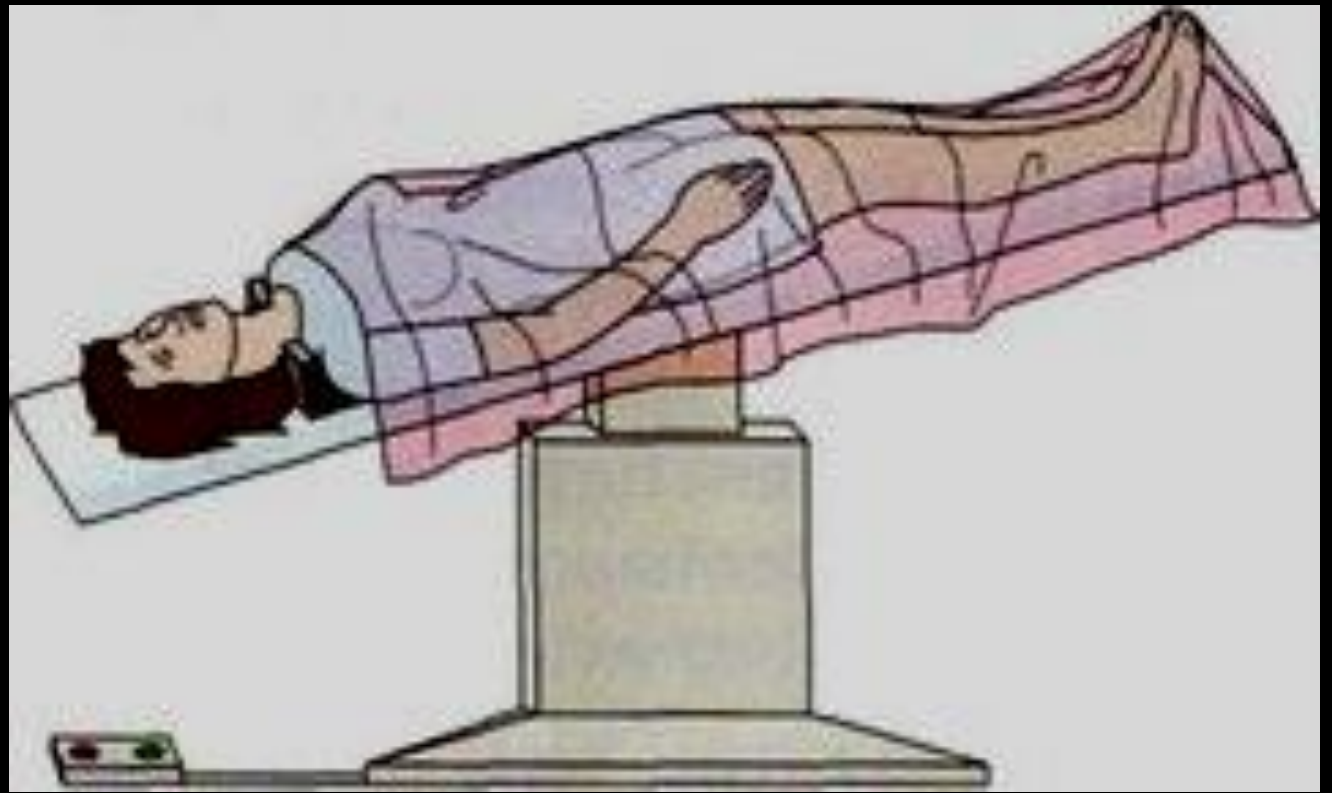
-le ligament coronaire comporte également la partie postérieure du ligament falciforme autrefois appelé ligament suspenseur du foie mais à qui on n'attribue plus aucun rôle mécanique à l'heure actuelle

<http://bodterms.weebly.com/bare-area-of-the-liver.1>

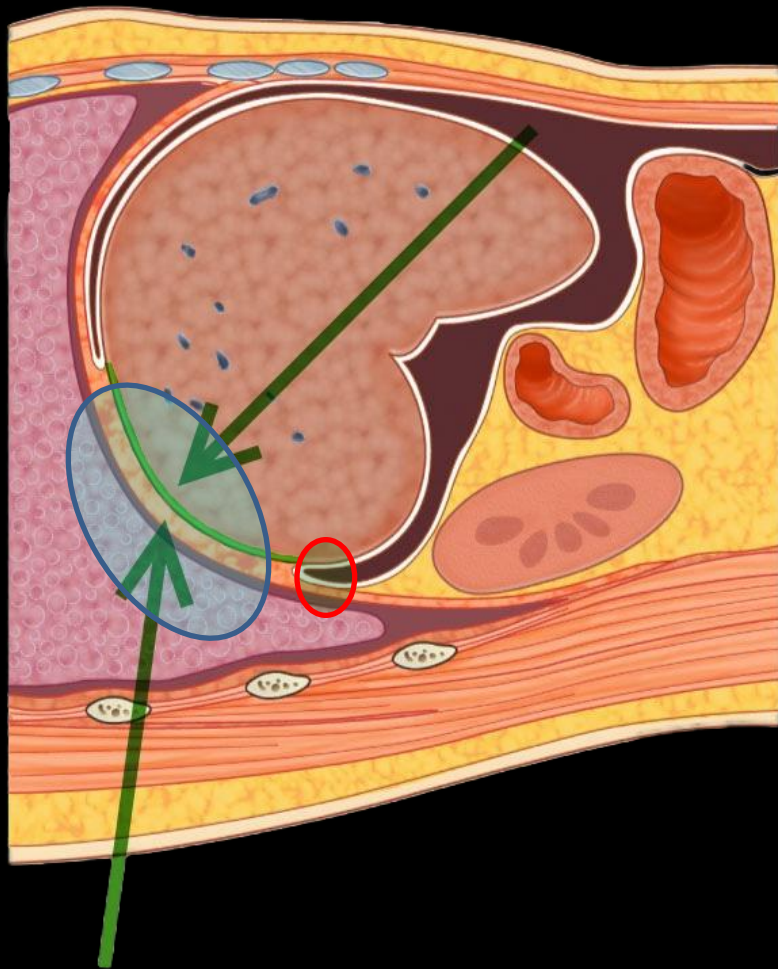


<http://medliner.narod.ru/anatom/liver.htm>





en position de Trendelenburg, en per-opératoire, un stercolithe appendiculaire ou un calcul vésiculaire vont spontanément ou après lavage péritonéal se trouver entraînés vers le point déclive de l'étage sus mésocolique de la cavité péritonéale qui est la poche de Morison (espace sous hépatique postérieur droit) où il va de trouver "piégé" dans la partie la plus profonde, au contact du repli péritonéal constituant le bord inférieur du ligament triangulaire droit



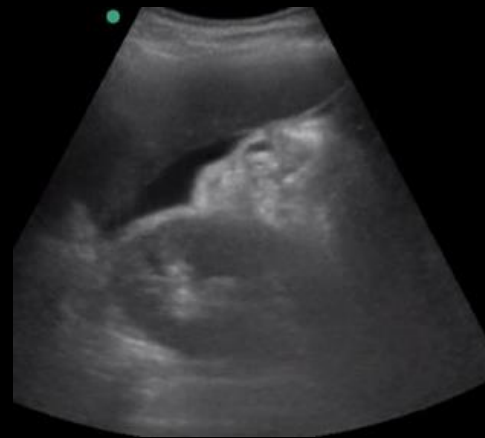
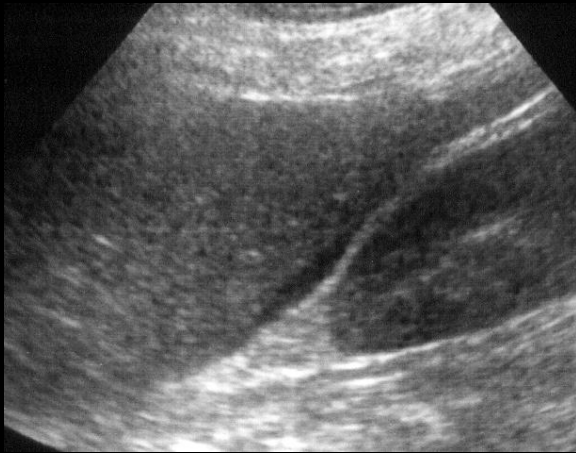
le decubitus favorise le piégeage des corps étrangers perdus en cours d'intervention . Le nombre de cas publiés est en très nette augmentation depuis la généralisation des interventions sous coelioscopie

la propagation du processus inflammatoire à la zone non péritonisée de la face postérieure du foie (area nuda) est à l'origine des complications pleuro-parenchymateuses de la base droite et parfois d'une propagation au parenchyme des segments postérieurs du foie droit

3-imagerie en coupes de la poche de Morison

2-1 le "**signe du croissant de lune**" est décrit par Francis Weill en 1980

Weill F, Le Mouel A, Bihl E, Rohmer P, Zeltner F, Sauget Y. [Ultrasonic diagnosis of intraperitoneal fluid in Morrison's pouch (and in the splenoperitoneal recess): the moon crescent sign (author's transl)]. J Radiol 1980; 61:251-256



très sensible puisqu'il permet de diagnostiquer la présence de très faibles quantités de liquide intrapéritonéal (de l'ordre de 50 mL) en se servant du foie comme fenêtre acoustique. A ce titre il est un des points essentiels de la Fast echography en traumatologie viscérale abdomino-pelvienne

2-2 dans le même ordre d'idées, le fond de la poche de Morison piège souvent quelques bulles gazeuse dans les pneumopéritonées



2-3 les corps étrangers post chirurgicaux enclavés dans le fond de la poche de Morison.

2-2- 1 observation

Sujet : recherche de medecins radiologues pouvant me soigner

Corps du message :

Bonjour,



J'ai eu plusieurs complications apres une appendicite compliqué, abcès cul de sac douglas traité par drainage apres 4j, abcès sous phrénique après 6 mois. Evocation d'un stercolithe par un radiologue puis refutation de cette hypothese par un radiologue a Actuellement 2 ans après l'opération initiale j'ai des douleurs chroniques (épaule coté droit) avec état fébrile et une fièvre très légère qui durent de 2j a 3 semaines (actuellement), suées nocturnes, etc. J'ai fais radios, prises de sang, les radiologues voient des calcifications du foie et me donnent des anti douleurs, refusant de m'opérer en me disant que le remede peut etre pire que le maladie. Ma femme est tombé sur votre pdf hier. Et ça peut correspondre. Je souhaite savoir qui peut m'aider à apporter une solution à mon problème. J'ai 33 ans.

<wp-content/uploads/2011/07/stercolithes-et-complications-de-lappendicectomie.pdf>

Merci beaucoup,



abcès et infiltration sous et rétro-hépatique
au contact du segment VI, développés autour
d'un appendicolithe





sur les coupes sous jacentes il existe au moins 2 appendicolithes
l'infiltration s'étend à la musculature pariétale et à l'espace para rénal postérieur droit .



J'ai eu une première opération par laparotomie le 2 décembre dans laquelle ils ont enlevé le plus petit des deux "cailloux" ainsi que l'abcès et on m'a décollé le foie. On m'a mis un drain et je n'ai eu aucune complication les analyses de sang étaient également très bonnes après la première op. Malheureusement ils n'ont pas réussi à enlever le deuxième car ils ne l'ont pas trouvé, j'ai donc passé un scanner où il s'est avéré que le deuxième stercolithe était toujours là.

On a donc décidé d'une deuxième opération par laparotomie assisté par CT le lundi 7 décembre, où on m'a enlevé le deuxième stercolithe. (voir image)
Pour accéder au deuxième stercolithe on m'a mis sur le côté afin de faire tomber le foie, ce qui a entraîné que pas mal de liquide de rinçage est tombé de l'autre côté.

Les suites opératoires n'ont malheureusement pas été simples, j'ai eu énormément de douleurs après la deuxième opération du côté gauche, avec d'intenses irradiations dans l'épaule gauche.

J'ai également eu une petite réinfection car fièvre pendant une nuit et rythme cardiaque trop élevée.
J'ai pu rentrer chez moi le samedi 11, mais je suis reparti aux urgences dans la nuit car trop de douleurs et vomissements et diarrhées.
Le scanner a révélé un ilius paralytique qui a entraîné une occlusion intestinale ainsi que du liquide sous la vessie dans le Douglas.

J'ai donc subi le dimanche une ponction sous CT avec un échec lors de la mise en place du drain, apparemment la poche était trop dure, je sais pas trop ce qui s'est passé. Mes symptômes se sont améliorés progressivement et une troisième opération a été écartée, le liquide sous la vessie s'est avéré stérile.
J'ai pu rentrer chez moi le mercredi 16 décembre.

Depuis j'ai des petites douleurs mais mon état général s'est considérablement amélioré, je n'ai plus de vertiges, de sueurs nocturnes ni d'état fébrile comme avant les opérations.

Je suis resté sous augmentin du 2 décembre au 16 décembre en IV et du 16 au 23 par voie orale.

J'espère que ça pourra vous aider à mieux communiquer sur cette complication de l'appendicite.
J'espère également savoir un jour comment ils se sont retrouvés là.



l'histoire de la maladie est typique et associe:

une appendicectomie difficile avec des suites immédiates
incidentées (abcès de paroi, abcès profond)

dans les mois et années qui suivent , poussées douloureuses , fébriles ,
traitées par antibiothérapie probabiliste, d'autant qu'il existe souvent
une propagation de l'inflammation aux structures pleuro-
parenchymateuses de la base droite

des examens d'imagerie sont généralement réalisés CT, IRM PET-CT,
qui ne parviennent pas au diagnostic exact car la
physiopathologie est insuffisamment connue des médecins

Fait clinique

Coprolithe résiduel, après appendicectomie coelioscopique

Retained fecalith after laparoscopic appendicectomy

A. Rahili *, J. Habre, J. Delotte, B. Desprez, P. Rampal, D. Benchimol

*Service de chirurgie générale et cancérologie digestive du professeur Bourgeon, hôpital Archet II,
151, route de Saint-Antoine-de-Ginestière, BP3079, Nice cedex 3, France*

Reçu le 2 décembre 2002 ; accepté le 20 décembre 2002

cas compagnon numéro 1

homme 42 ans; opéré sous
coelio pour péritonite
appendiculaire 2,5 ans
auparavant; 2 ans plus tard
drainage abcès sous-hépatique;
nouvelle récurrence douloureuse
fébrile récente .

abcès sous et rétro-hépatique
au contact du segment VI, avec
extension à l'espace pararénal
postérieur droit



Fait clinique

Coprolithe résiduel, après appendicectomie cœlioscopique

Retained fecalith after laparoscopic appendicectomy

A. Rahili *, J. Habre, J. Delotte, B. Desprez, P. Rampal, D. Benchimol

*Service de chirurgie générale et cancérologie digestive du professeur Bourgeon, hôpital Archet II,
151, route de Saint-Antoine-de-Ginestière, BP3079, Nice cedex 3, France*

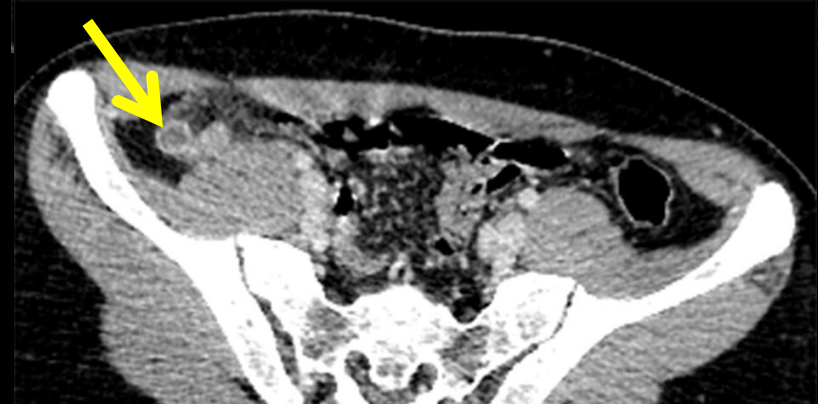
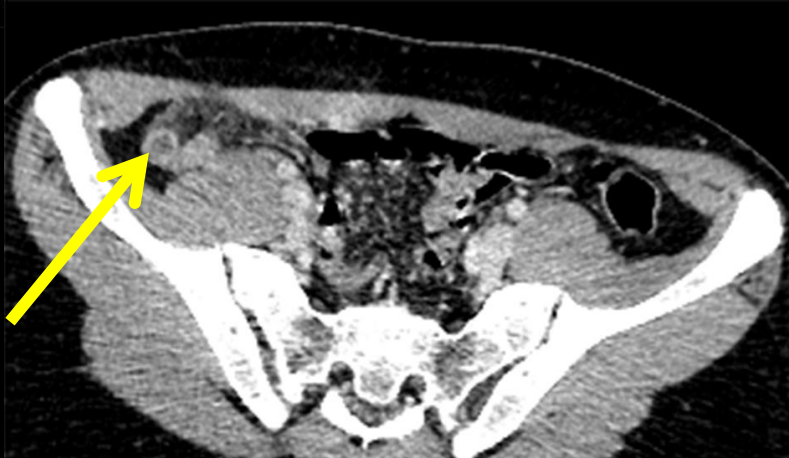
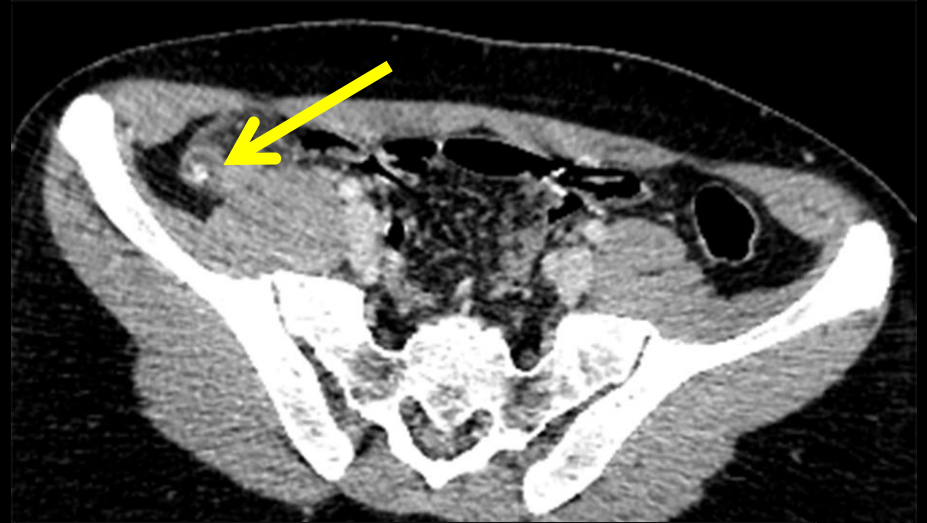
Reçu le 2 décembre 2002 ; accepté le 20 décembre 2002

cas compagnon numéro 1

sur une coupe plus bas située,
extension de l'infiltration à la
graisse péri rénale

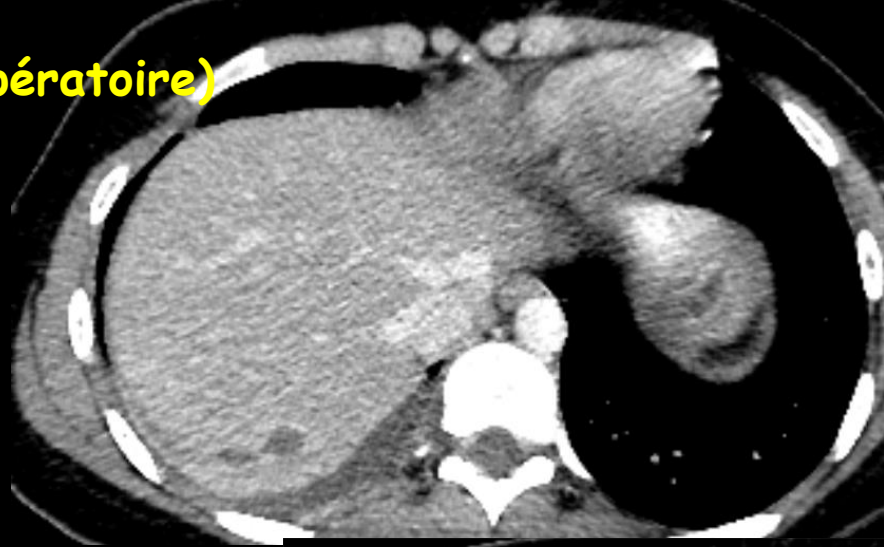
et au parenchyme hépatique du
segment VI





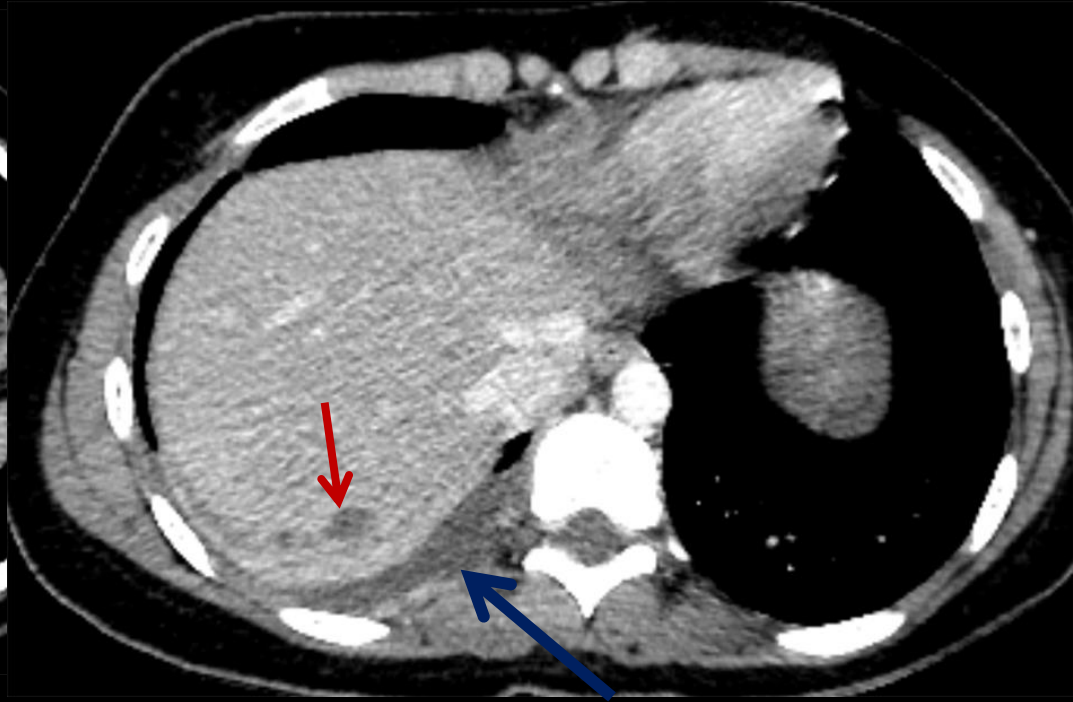
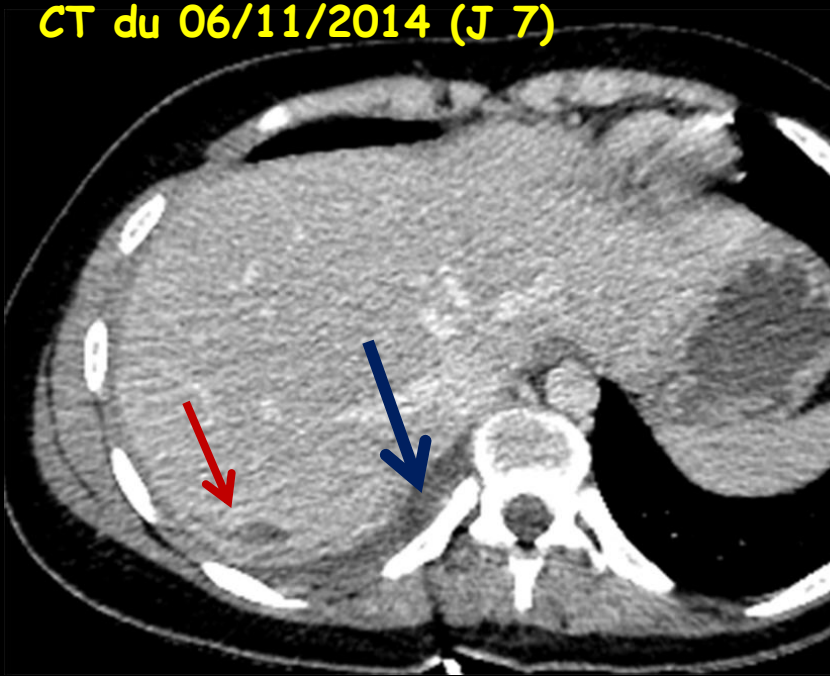
appendice de siège latérocaecal en distension liquidienne avec parois épaissies et infiltration du mésoappendice .Présence d'un entérolithe endoluminal proximal, vraisemblablement responsable de l'appendicite .la réaction inflammatoire locale est bien limitée

CT du 06/11/2014 (J 7 post opératoire)



à J7 après l'intervention, la patiente reste fébrile ;
elle est traitée pour un abcès de paroi développé sur
l' orifice d'introduction d'un trocart

CT du 06/11/2014 (J 7)



sur les coupes apicales (plan du confluent veineux hépatico-cave inférieur)
extension intra-hépatique, sous capsulaire au segment 7 (flèche rouge) d'un foyer
infectieux rétropéritonéal développé au contact de de l'area nuda

condensation parenchymateuses pulmonaire du lobe inférieur droit et
épanchement liquide pleural homolatéral (flèche bleue)



CT du 06/11/2014 (J 7)

condensation parenchymateuse pulmonaire du lobe inférieur droit (flèche orange) et lame liquide pleurale;

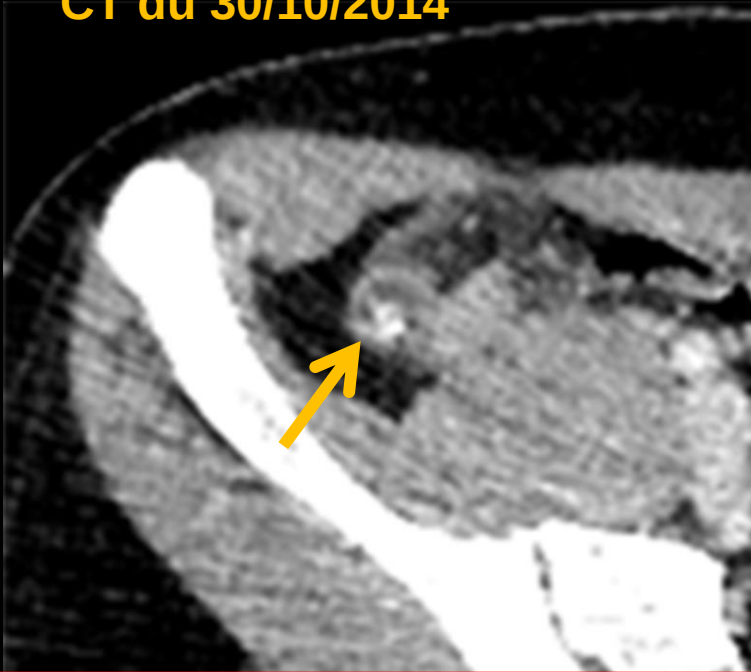
Cette réaction pleuro-parenchymateuse unilatérale de la base thoracique droite doit faire rechercher un foyer infectieux sous-jacent à proximité immédiate

CT du 06/11/2014 (J 7)

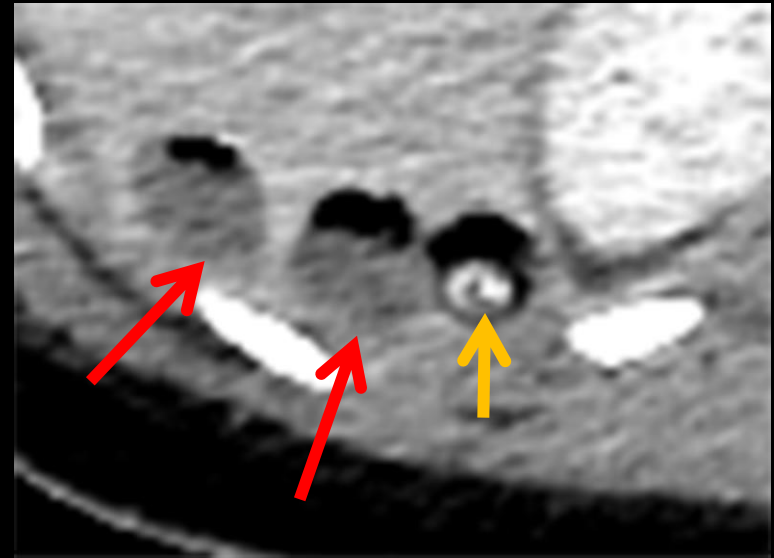


sur les coupes hépatiques basales (au niveau de la vésicule biliaire), corps étranger radio-opaque dont la taille et la morphologie sont caractéristiques d'un : stercolithe appendiculaire "perdu" lors de l'appendicectomie à l'origine de la collection septique sous et rétro-hépatique

CT du 30/10/2014



CT du 06/11/2014 (J 7)



Section appendiculaire.

Il existe quelques gouttes de pus qui franchissent la lumière appendiculaire.

Vu l'importance de la taille de cet appendice, on introduit un trocart de 10 mm en fosse iliaque gauche à la place du 5.

Extraction de l'appendice dans un sac.

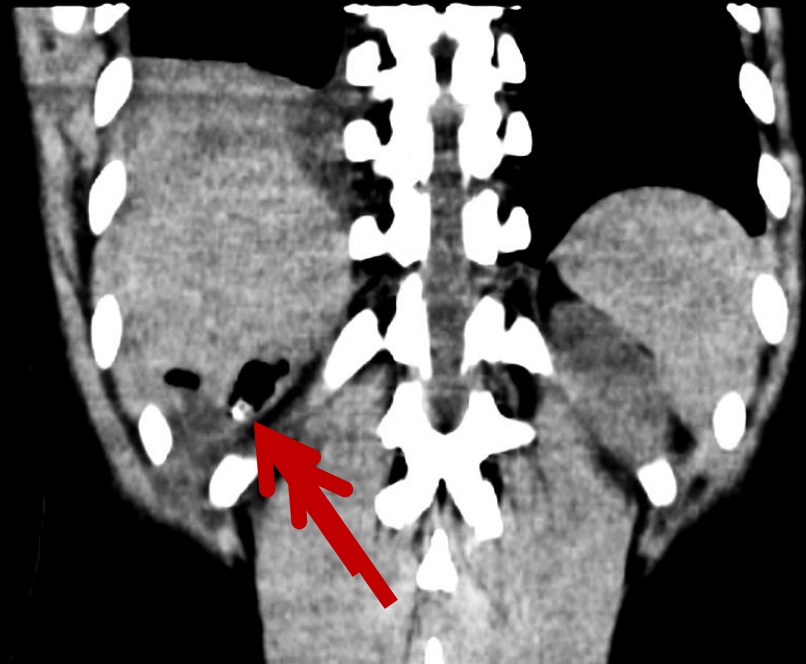
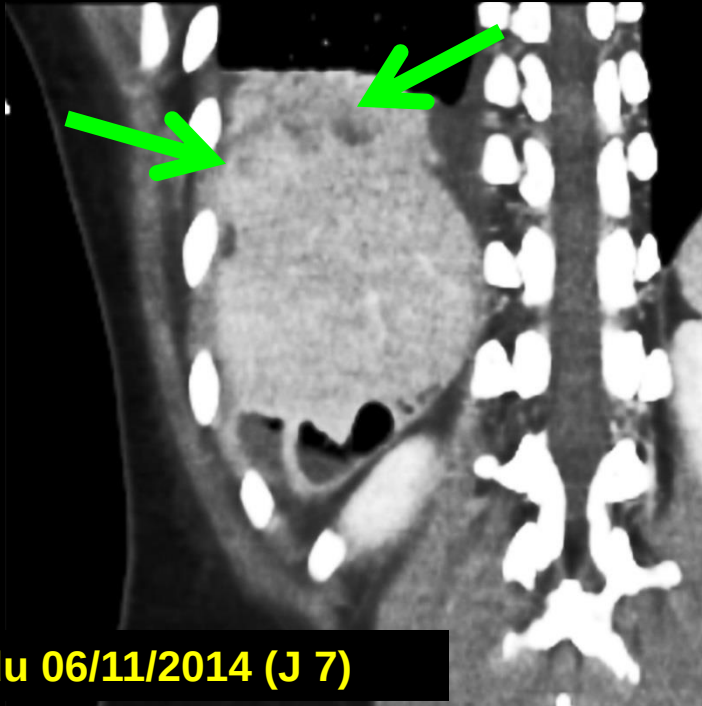
Mini lavage de la gouttière pariéto colique et du Douglas par du sérum physiologique.

Vérification de l'hémostasie.

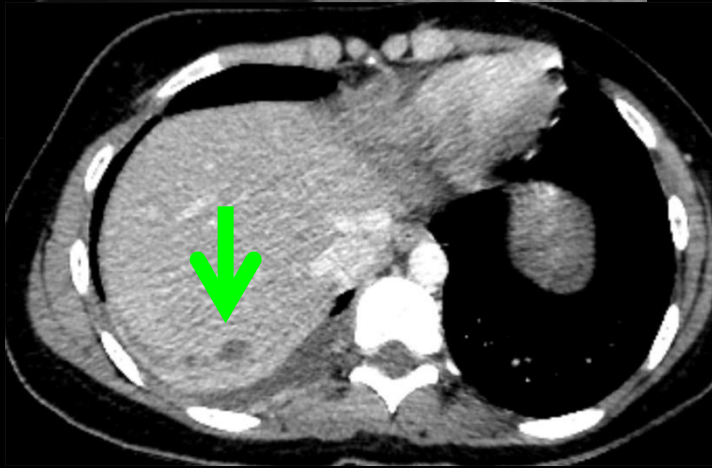


Le CRO mentionne clairement cette inoculation septique de la cavité péritonéale; le pus qui "franchit la lumière appendiculaire" ne peut que tomber au plus profond de l'étage sus-mésocolique de la cavité péritonéale chez une patiente en Trendelenbourg ; le stercolithe n'est pas très gros et a accompagné le pus

si ces reformations coronales avaient été faites , le diagnostic des lésions abcédées sous et rétro-hépatiques 'respectivement flêches rouges et vertes auraient été vues



CT du 06/11/2014 (J 7)



le stercolithe appendiculaire: docteur Jekyll et Mr Hyde

le stercolithe appendiculaire ou appendicolithe est constitué de matériel fécal desséché, de mucus avec du phosphate de calcium et des sels inorganiques piégés

longtemps considéré comme élément de très haute valeur pour le diagnostic d'appendicite aiguë , on sait maintenant, grâce au scanner :

- . que 13 % des patients porteurs d'un stercolithe appendiculaire ne font pas d'appendicite aiguë
- . qu'environ 60 % des appendices réséqués contiennent des appendicolithes
- . que la présence d'un appendicolithe est associée à une plus grande fréquence des formes perforées d'appendicite aiguë, notamment chez l'enfant

classiquement, l'ASP ne montrait d'appendicolithe que chez 10 à 15 % des patients; l'imagerie en coupes fait évidemment beaucoup mieux .

les complications infectieuses , surtout si elles sont itératives sont souvent dues aux appendicolithes perdus lors d'une appendicectomie, soit au moment de la résection de l'appendice , soit au cours d'une extraction difficile par l'orifice d'introduction d'un trocart , soit par perforation de la paroi appendiculaire.

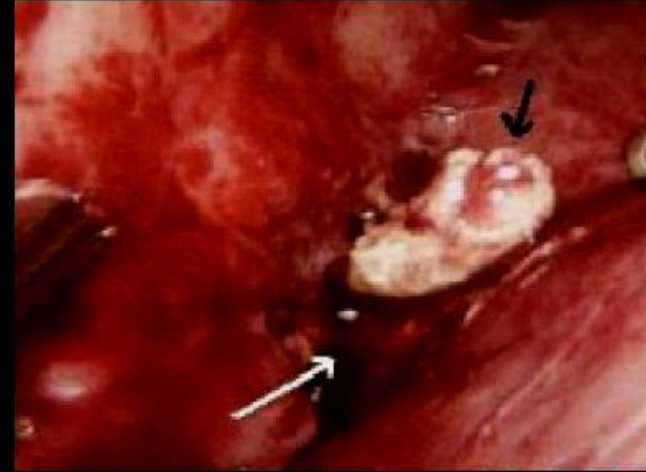
le délai d'apparition des complications septiques va de 2 mois à 4 ans , parfois avec des épisodes multiples.

La fréquence des abcès post-appendicectomie peut s'élever à 20 % des cas.

Lorsqu'ils sont en relation avec un stercolithe; seule l'extraction de ce corps étranger amènera la guérison . Dans le cas contraire, on observera des récurrences multiples pouvant aller jusqu'à des fistulisations

La migration endoluminale d'un appendicolithe peut se traduire cliniquement par des crises douloureuses : "coliques" appendiculaires

Maatouk M, Bunni J. Schuijtvlot. Perihepatic abscess secondary to retained appendicolith: A rare complication managed laparoscopically. JSCR. 2011 1:6



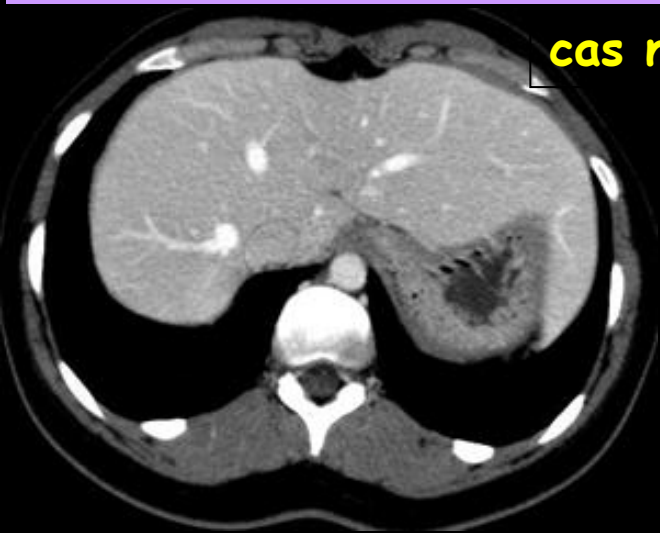
des stercolithes appendiculaires perdus ont été rapportés dans diverses régions anatomiques; région pelvienne en particulier , mais pour les raisons anatomiques déjà évoquées, **la poche hépatorénale de Morison** et la région sous hépatique sont **les lieux de prédilection** , ces abcès tardifs vont souvent avoir une révélation retardée par rapport aux **abcès précoces** qui , en outre, **siègent généralement dans le pelvis ou le cul de sac de Douglas** .

Des situations analogues sont observées
avec les **calculs biliaires perdus** au cours
de cholécystectomies, en particulier
sous coelioscopie

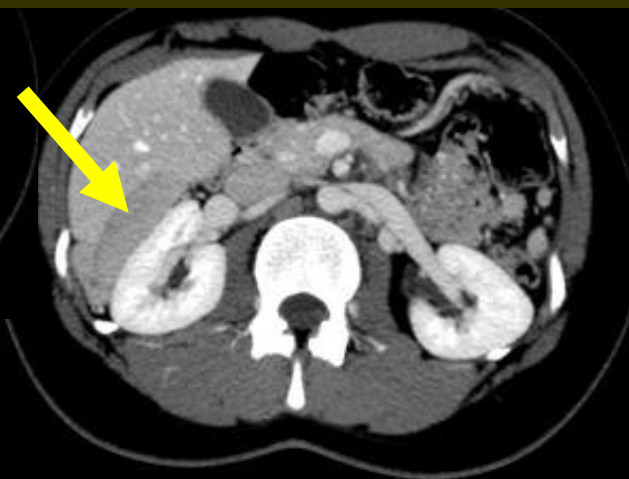
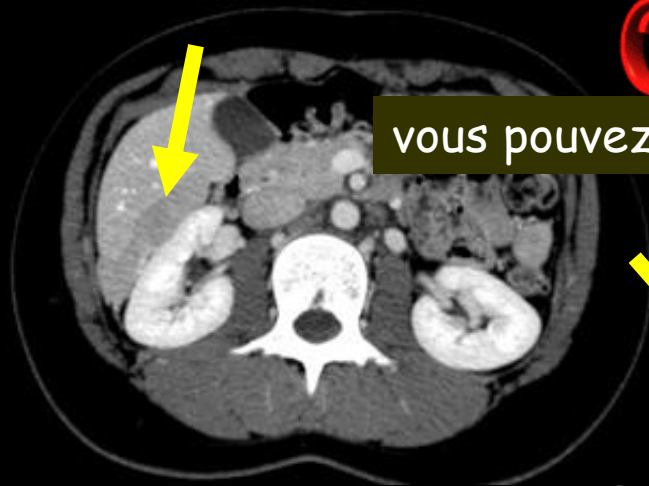


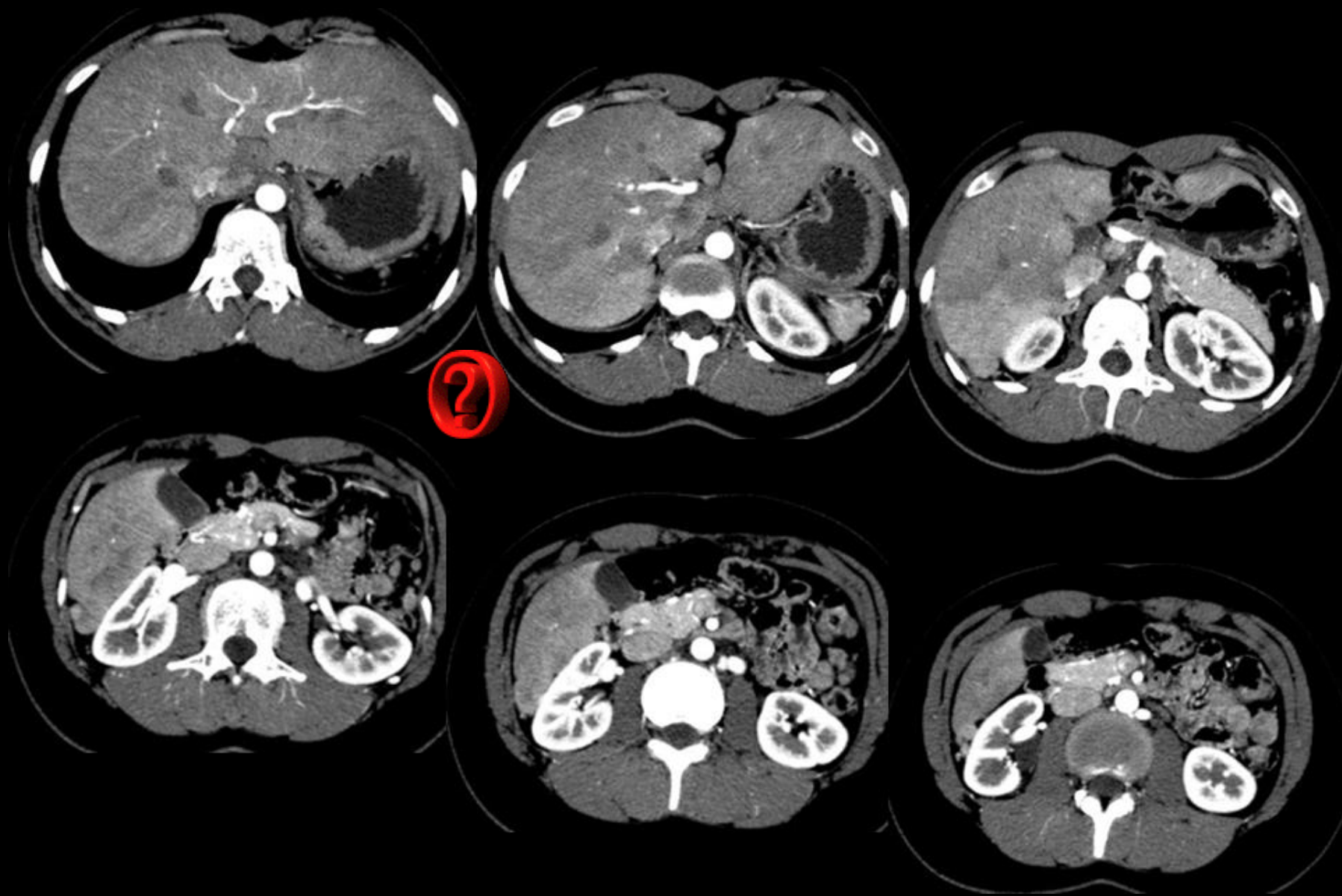
3 . d'autres éléments peuvent être pris au piège !

cas n°01 femme 29 ans douleurs de l'hypochondre droit

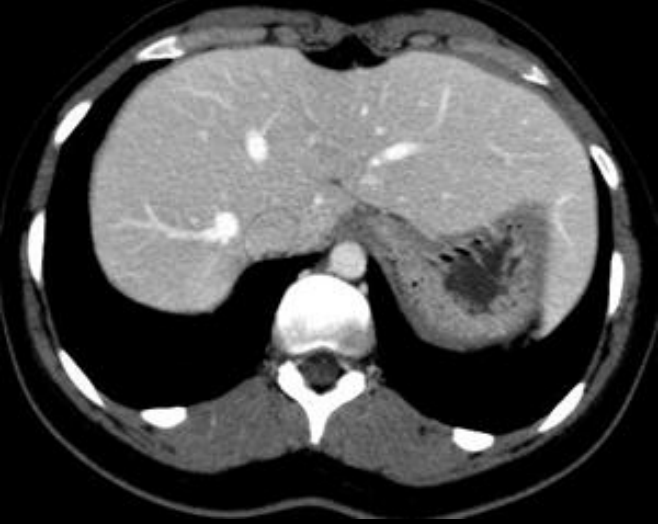


vous pouvez identifier le "processus occupant "la poche de Morison





vous pouvez identifier le "processus occupant "la poche de Morison

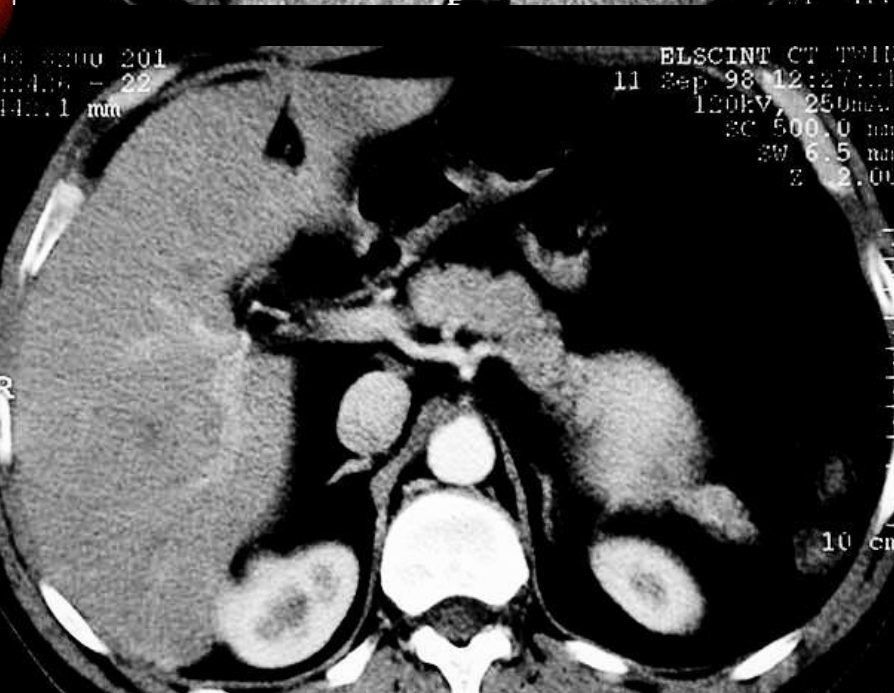
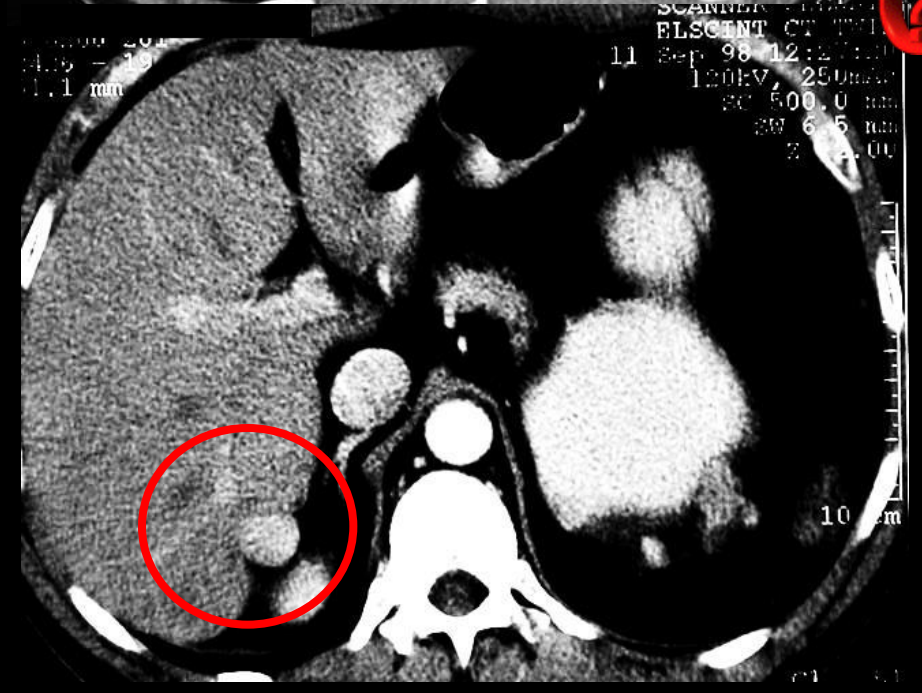
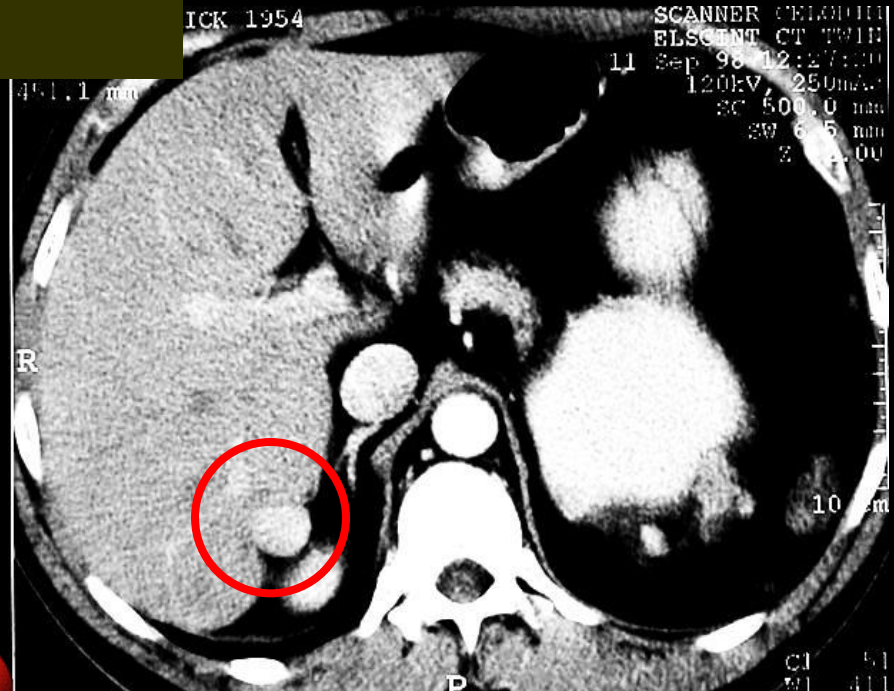


la rate est absente ; splénectomie pour traumatisme
(chute de cheval) plusieurs années auparavant

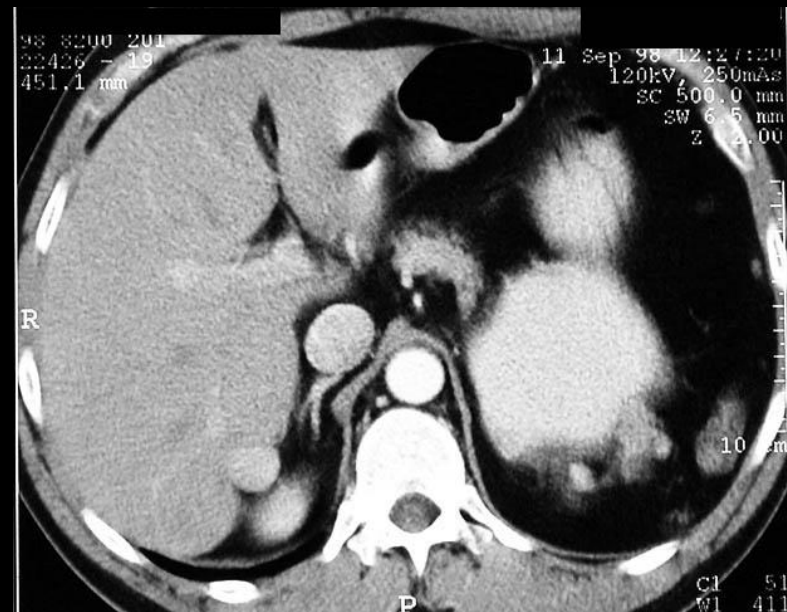
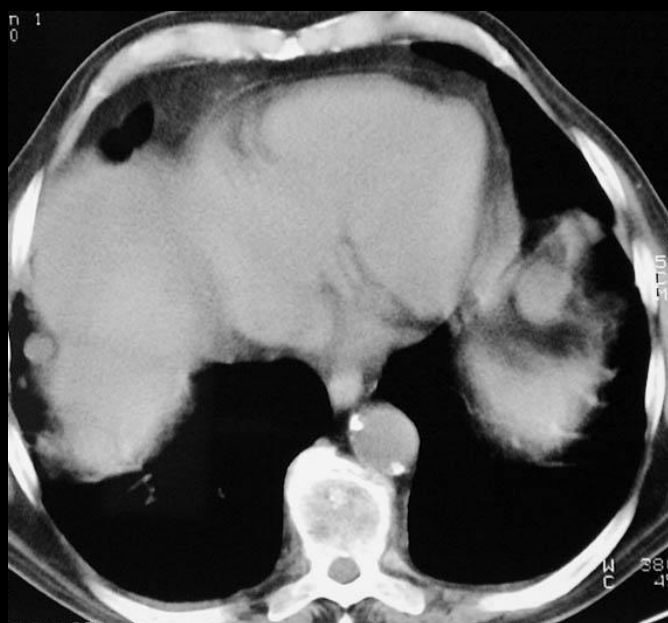


splénose de la poche de Morison et de la région coeliaque

casn°2 fortuitome "hépatique"



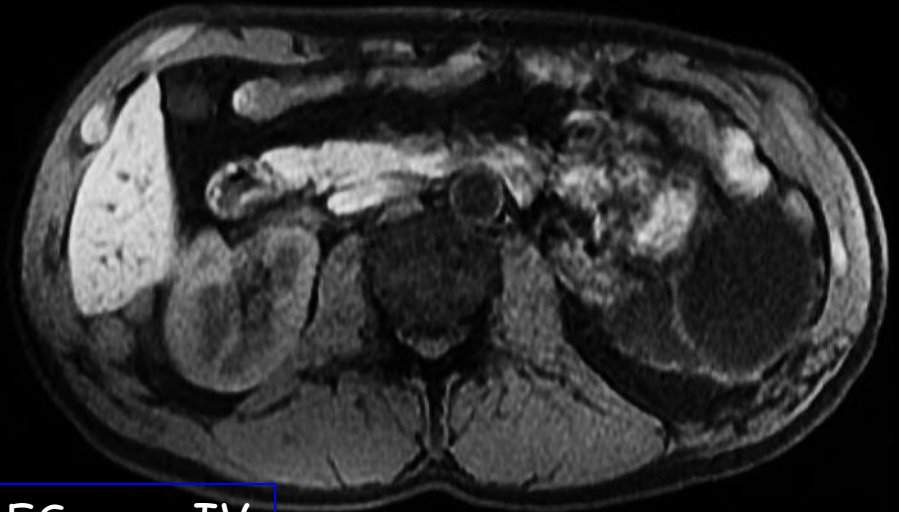
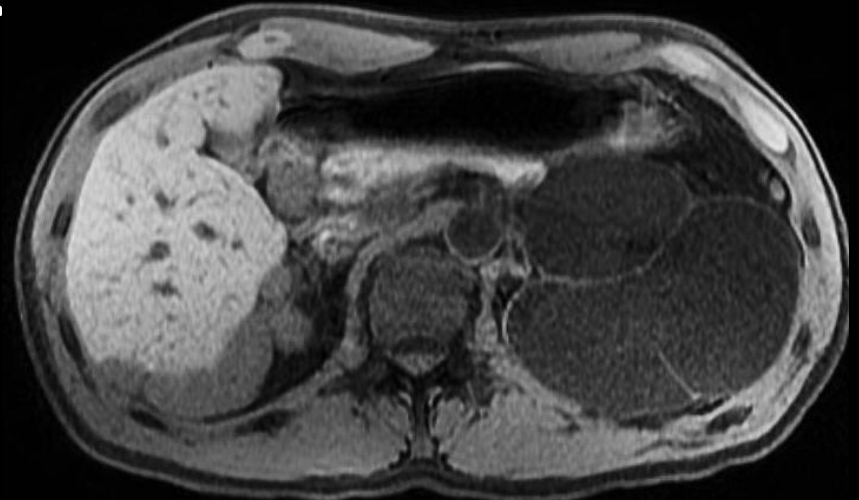
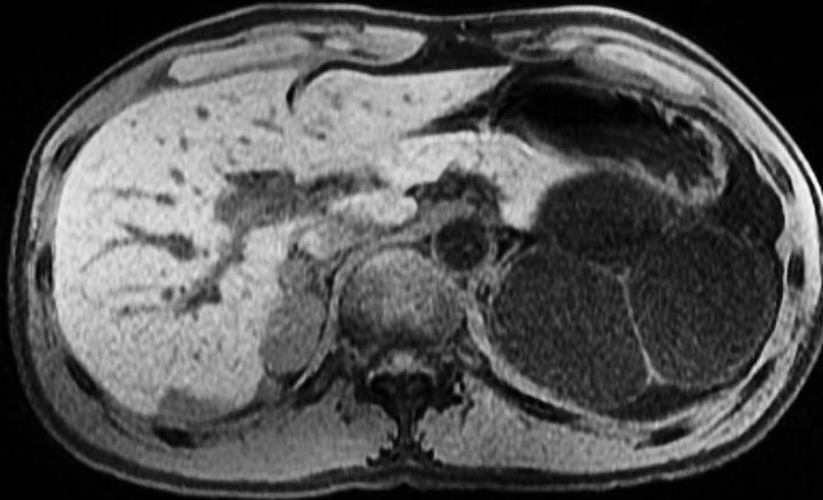
2



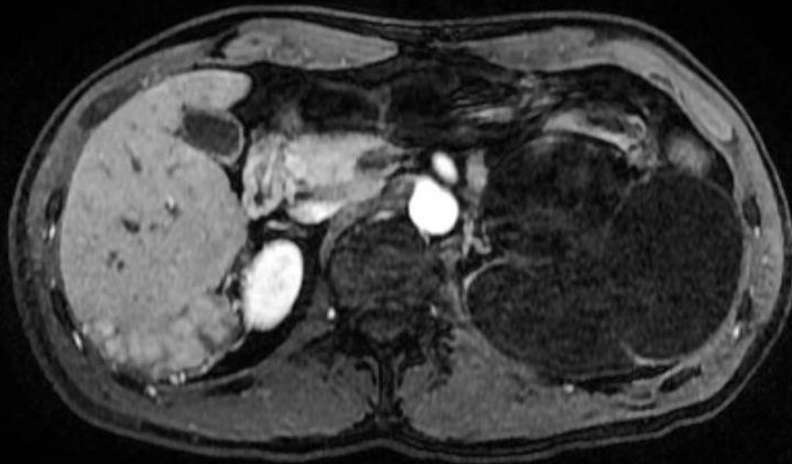
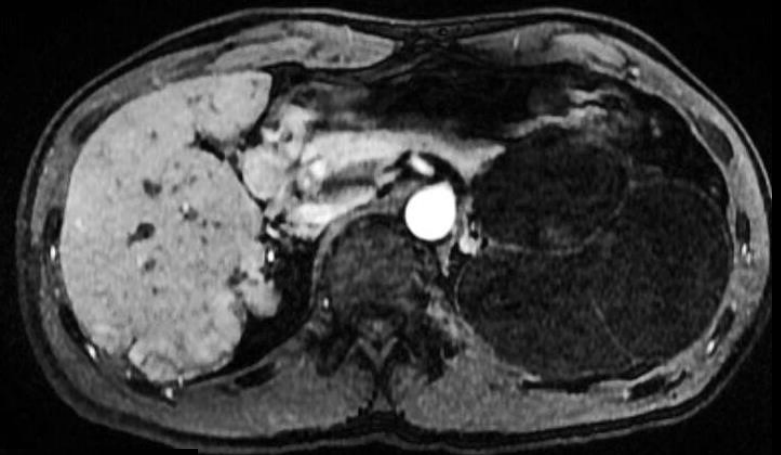
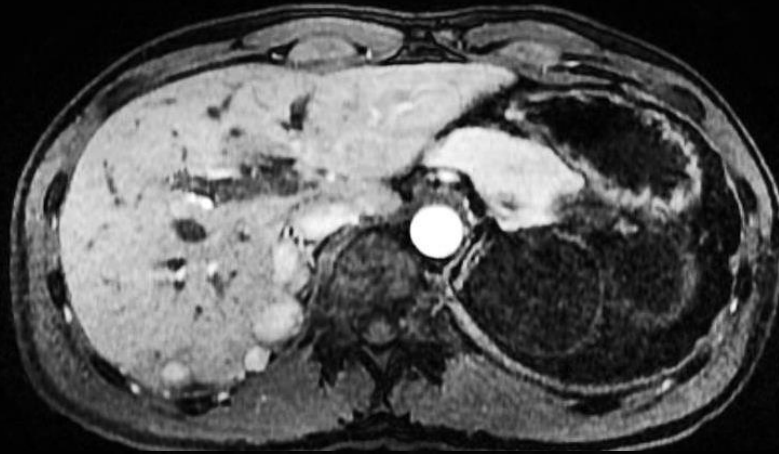
splénose de la poche de Morison et de la loge splénique

cas n° 03 H de 41ans ; troubles digestifs chroniques avec diarrhée et stéatorrhée

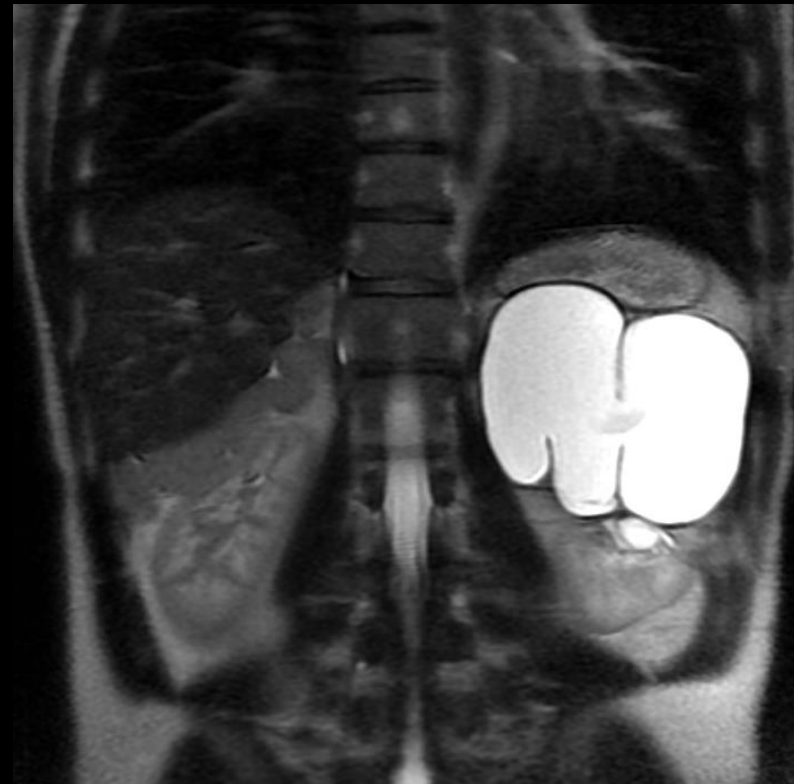
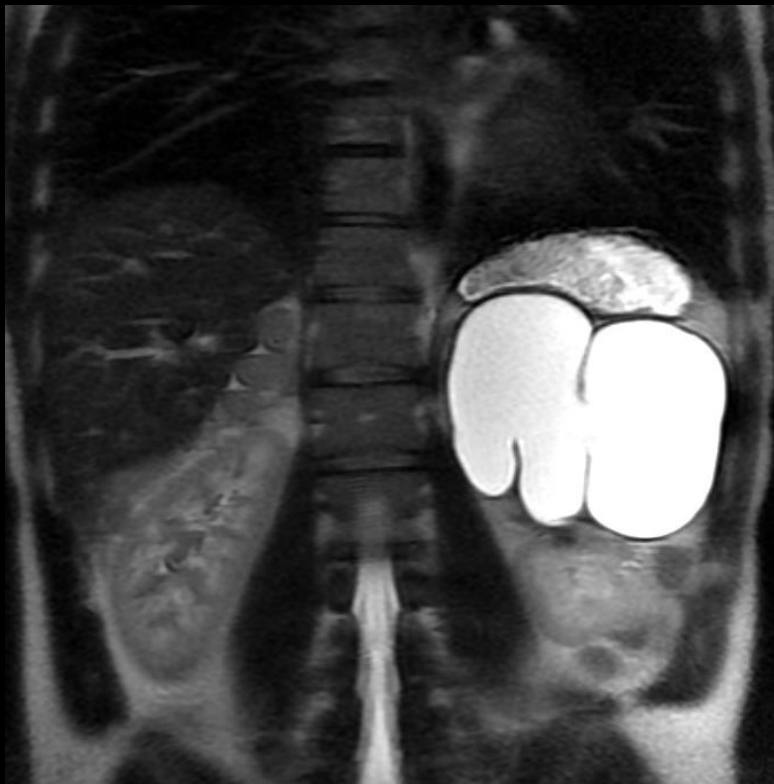
chr



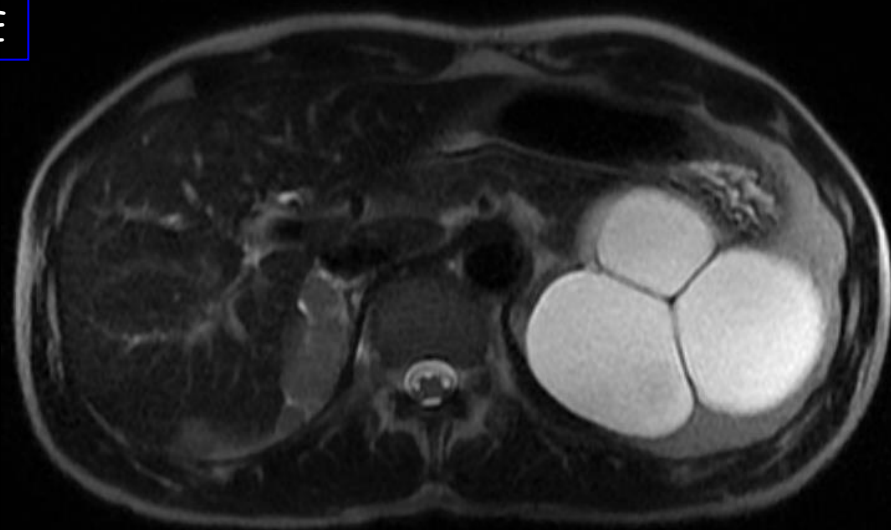
Séquence T1 FS sans IV

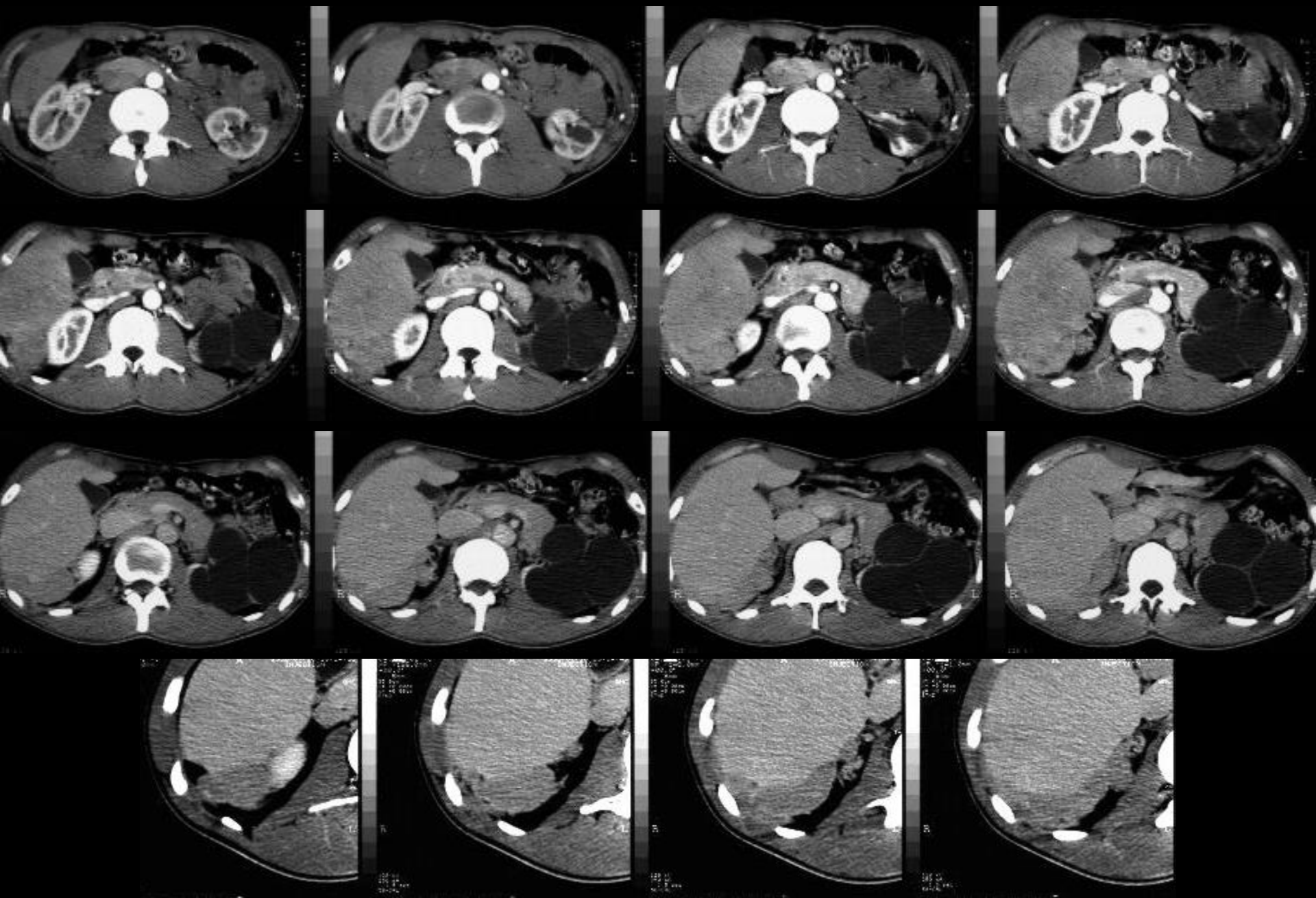


Séquences T1 FS+IV
phase artérielle



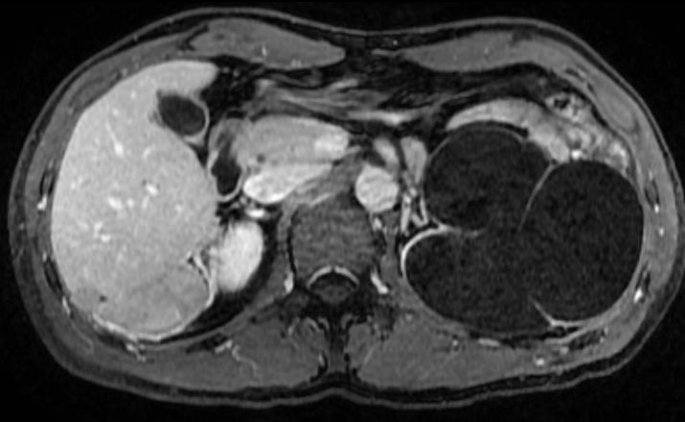
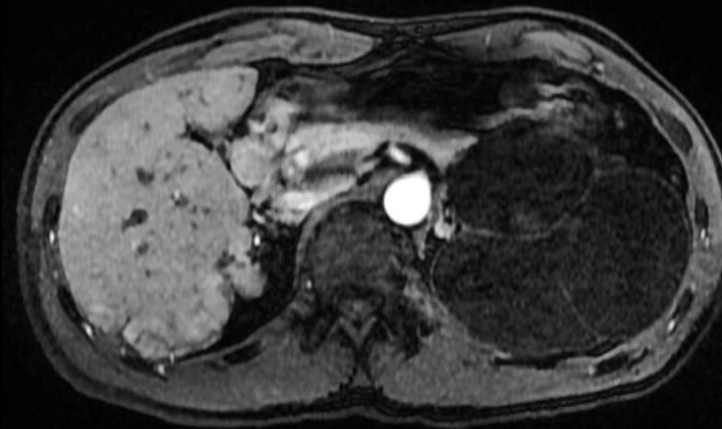
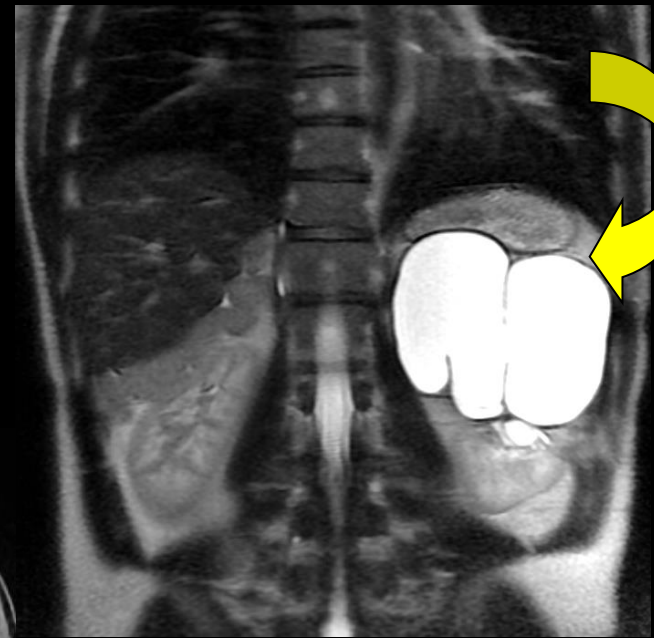
T2 SSFSE





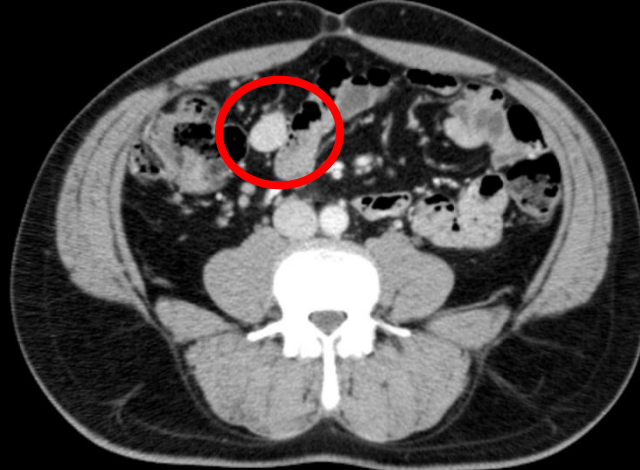
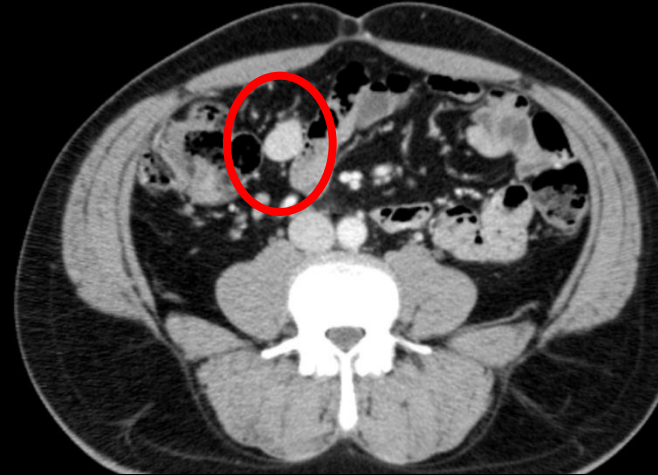
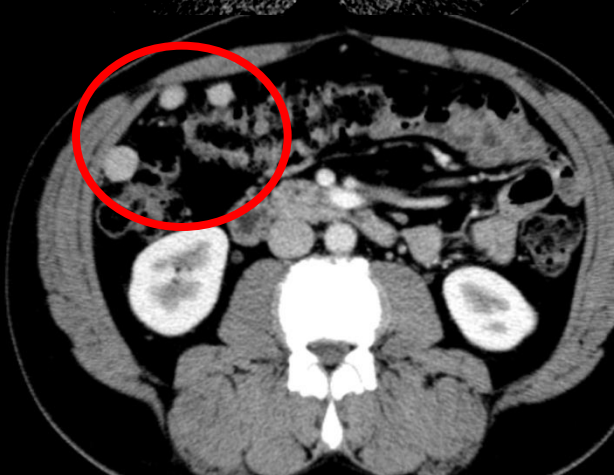
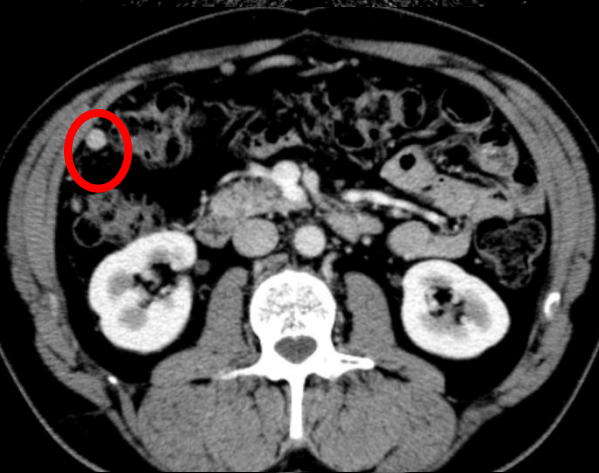
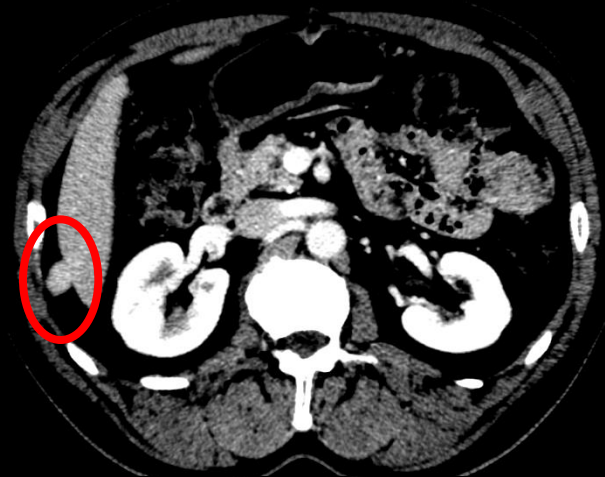
Ancien scanner abdominal réalisé en 1998

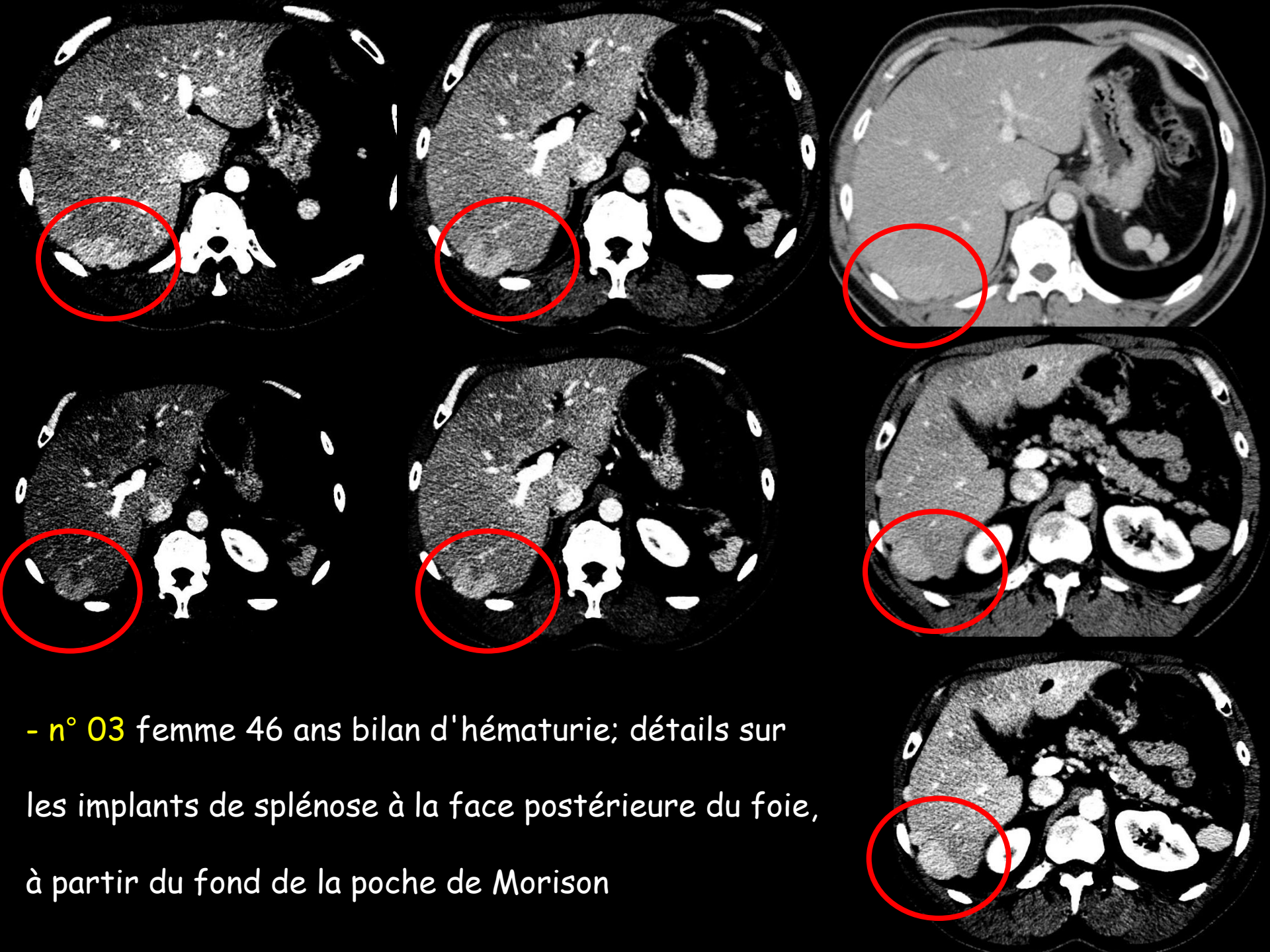
Antécédent de splénectomie
à l'âge de 6ans suite à un
traumatisme



Nodules de splénose
de la poche de Morison

cas n° 04 femme 46 ans bilan d'hématuries





- n° 03 femme 46 ans bilan d'hématurie; détails sur
les implants de splénose à la face postérieure du foie,
à partir du fond de la poche de Morison

au total

-n'oubliez pas l'"oubliette" ou "cul de basse fosse" que constitue le fond de la poche de Morison ; le corps étranger "prisonnier" peut ne se manifester que plusieurs mois ou années après l'intervention (appendicectomie ou cholécystectomie, le plus souvent en coeliochirurgie)

-sachez chercher les anomalies à la face postérieure du foie et à la base thoracique droite

-si vous trouvez des choses anormales dans la poche de Morison , pensez aux implants tumoraux des carcinomatoses péritonéales mais pensez aussi à la splénose post splénectomie

-dans tous les cas, **vous rendrez service à vos patients en leur "faisant les poches" !**

