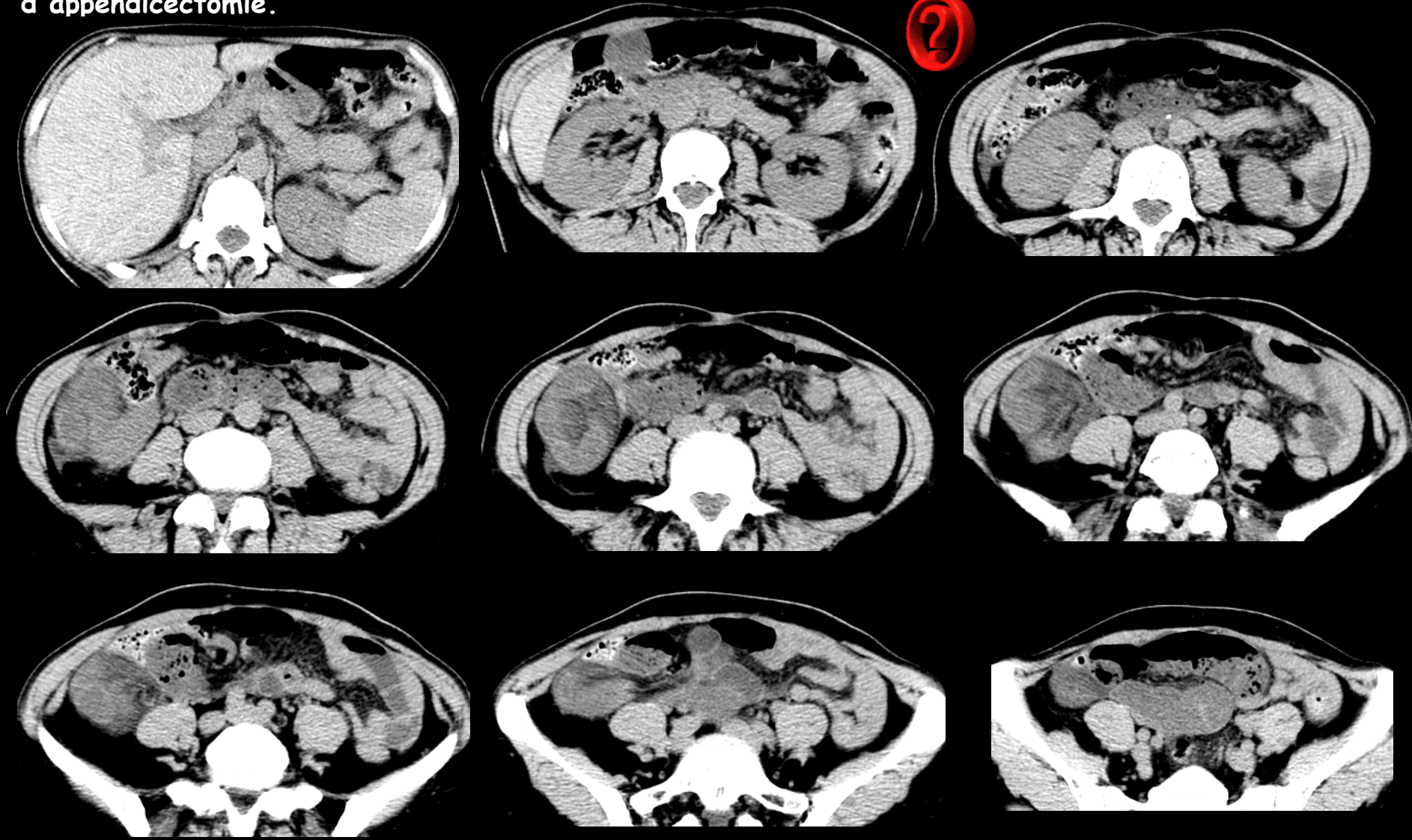
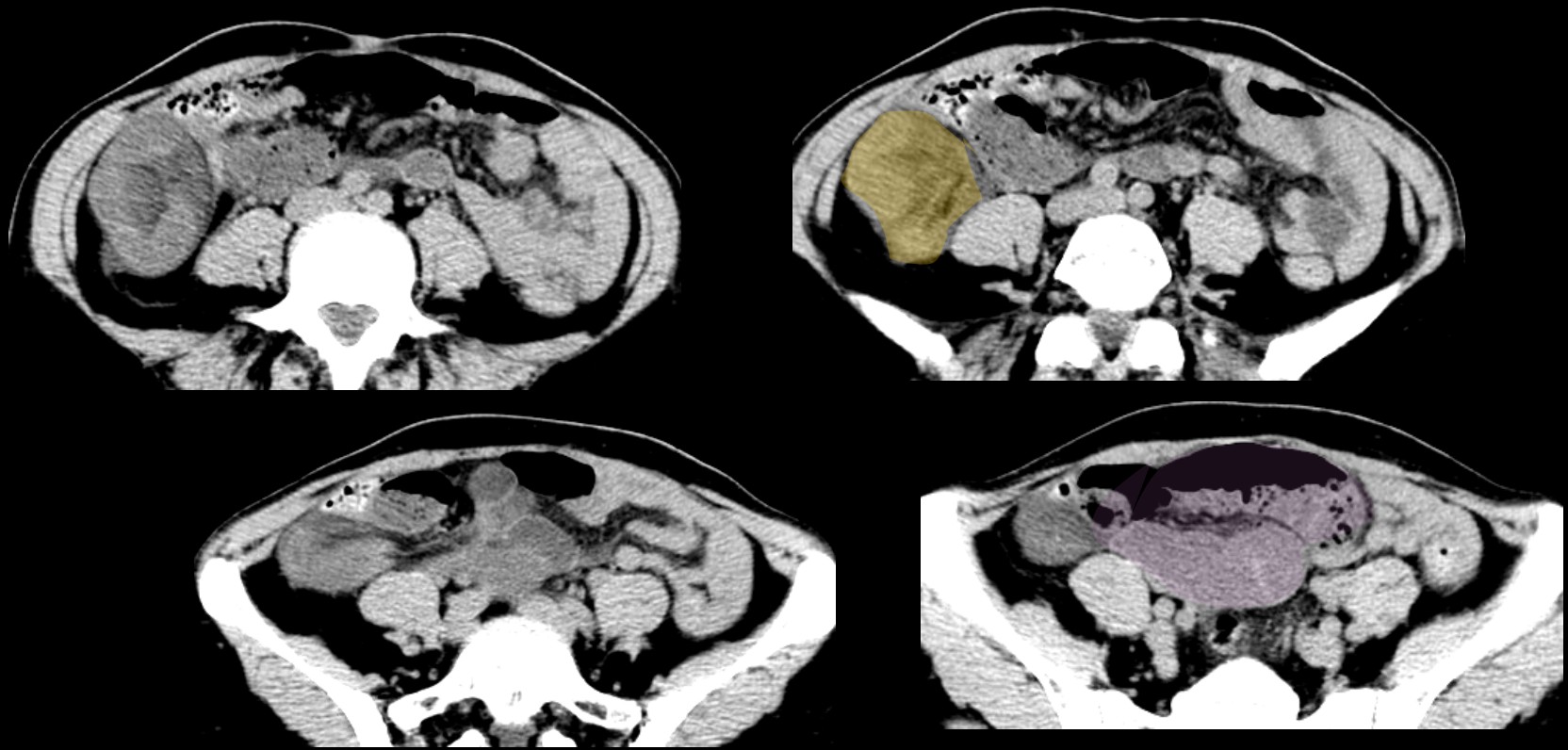


femme, 53 ans , syndrome douloureux hyperalgique à début brutal , de la FID. Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces coupes avant injection . Antécédent lointain d'appendicectomie.



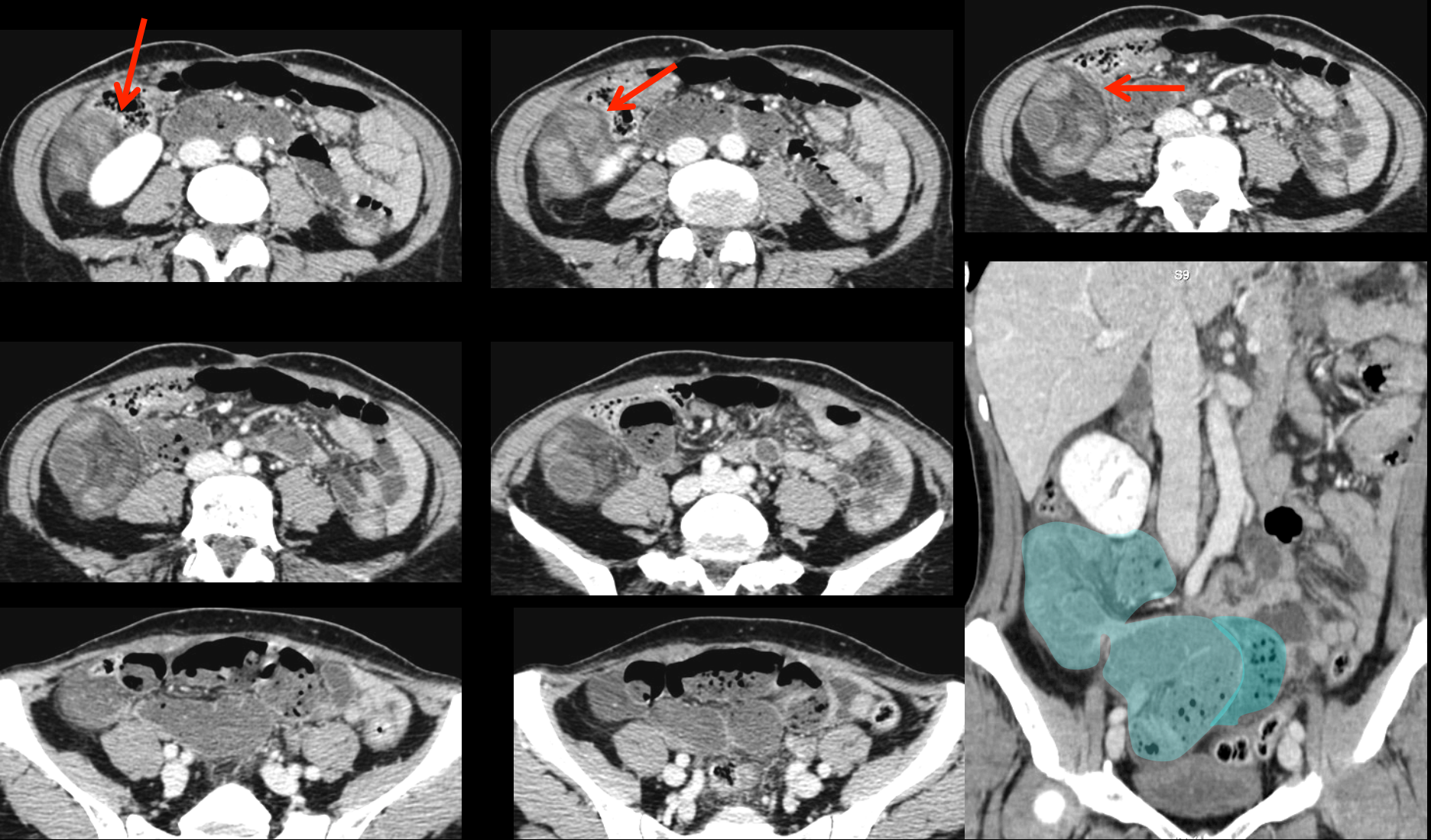
obs. Dr Y. Ranchoup Clinique du Mail Grenoble



si la fenêtre de visualisation est suffisamment pincée +++++ , on voit clairement un groupe d'anses distendues en disposition "sac-like" , situées en arrière et en dehors du caeco-ascendant dont elles dépriment la paroi postérieure en l'incurvant (effet de masse)

ces anses sont globalement hypodenses et leur mésentère est infiltré . Il existe des anses de même aspect dans la région médiane , dont le mésentère converge vers le même point que celui des anses "sac-like"

enfin ces anses distendues contrastent avec l'absence de distension des anses jéjunales

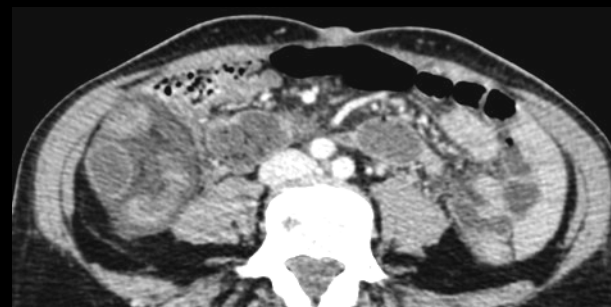
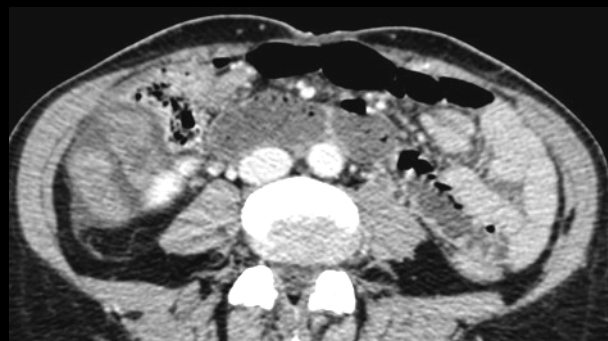
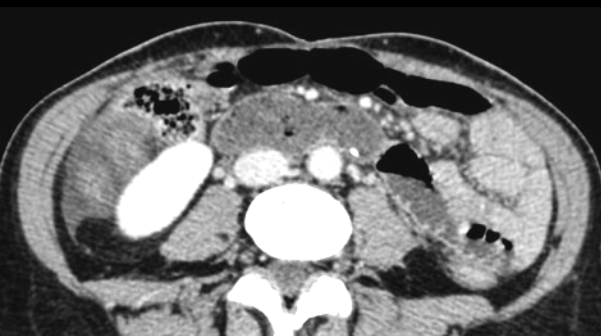


l'injection confirme , à la phase d'équilibre (rehaussement identique de l'aorte abdominale et de la VCI,) , le net défaut de rehaussement des parois de anses iléales distendues dont le contenu endoluminal est hétérogène

ces anses iléales ischémisées ont un aspect "en bissac" ; le sac latéral siège dans la gouttière pariéto-colique ; il est responsable de l'effet de masse sur la paroi postéro-externe du caeco-ascendant , en raison de sa situation rétropéritonéale



le siège rétro-colique des anses en disposition "sac-like" est parfaitement objectivé sur les reformations sagittales



il s'agit bien d'une **hernie interne rétrocaecale latérale** , développée sous le péritoine pariétal postérieur et le caeco-ascendant. Comme très souvent dans les hernies étranglées , on observe des signes de "souffrance" des parois non seulement dans les anses herniées mais également , à un moindre degré, dans les anses afférentes et efférentes , conséquence du retentissement de la strangulation sur les arcades anastomotiques du mésentère .

hernies péri caecales (hernies de Rieux)

10 à 15 % de l'ensemble des hernies
internes ; en fait probablement plus

nombreuses dénominations : **hernies iléo-
coliques, rétro-caëcales, iléo-caëcales, para-
caëcales**

4 fossettes péri-caëcales décrites, congénitales
ou acquise (post-chirurgicales :
appendicectomie)

contenu herniaire généralement iléal , **enfermé
dans un sac ovoïde ou sphérique** développé par
décollement du fascia de Toldt droit sous l'action
du péristaltisme intestinal

les **rapports avec le caeco-ascendant** sont
primordiaux à étudier +++ pour affirmer le
diagnostic et préciser le type de hernie en
cause .

L'effet de masse (empreinte arciforme
segmentaire sur la circonférence caeco-colique)
confirme la fait que le caecum et le colon
adjacent sont dans le sac herniaire dont ils
forment une paroi

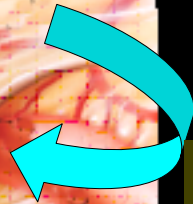
dans la
gouttière
paracolique

4



1

sous le repli
iléo-caecal



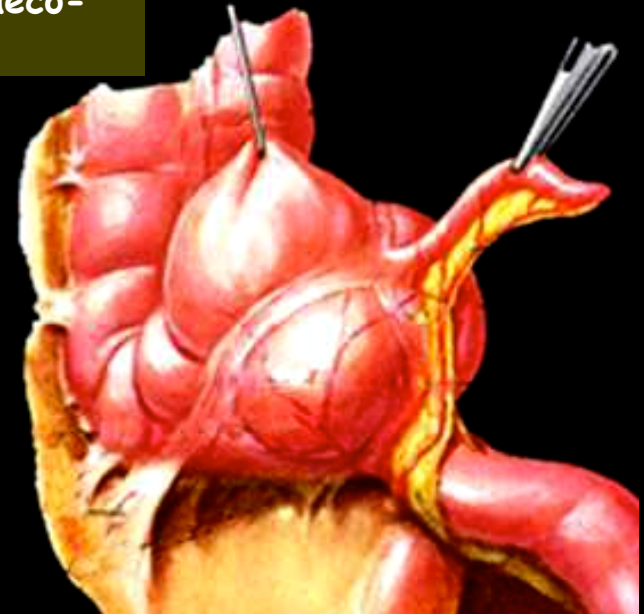
2

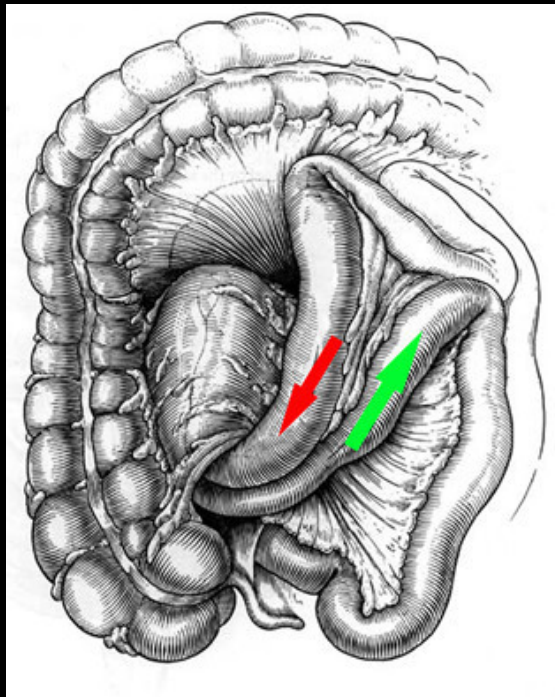
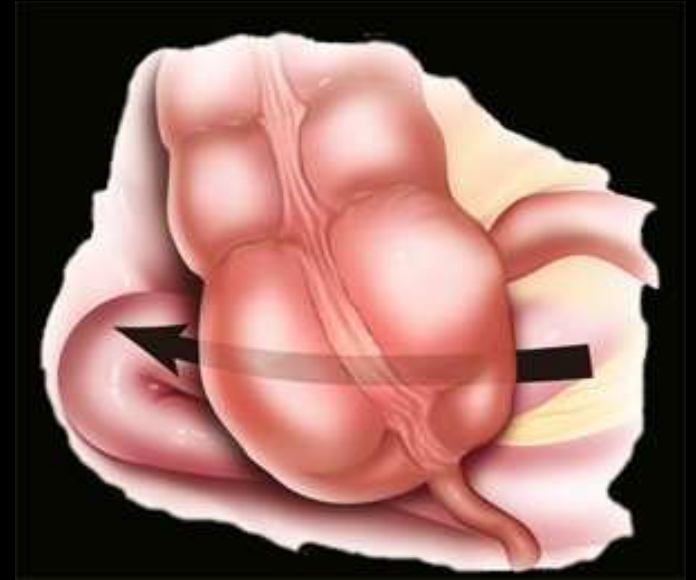
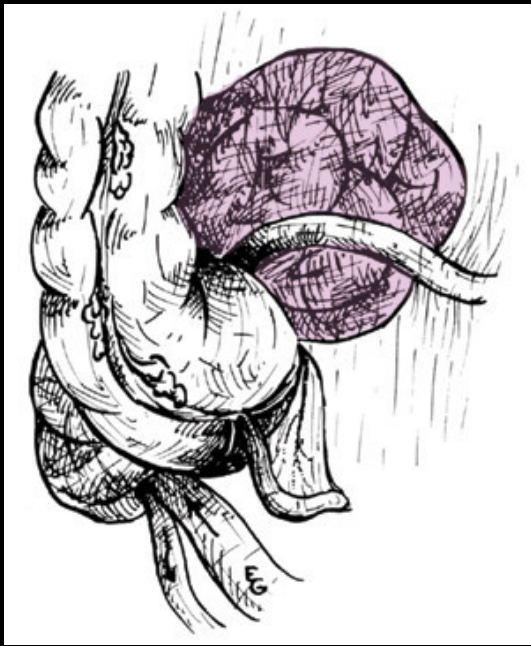
sous le méso-
appendiculaire



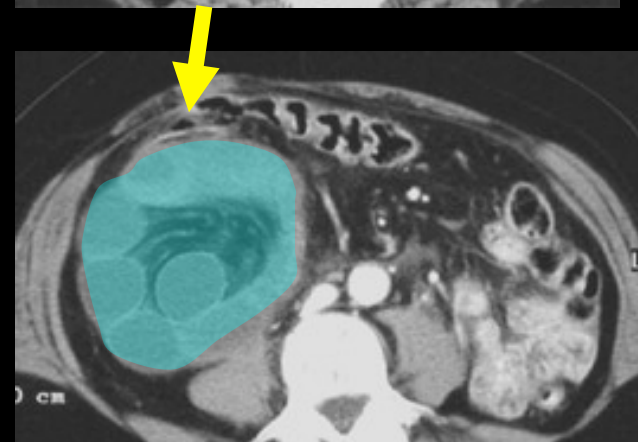
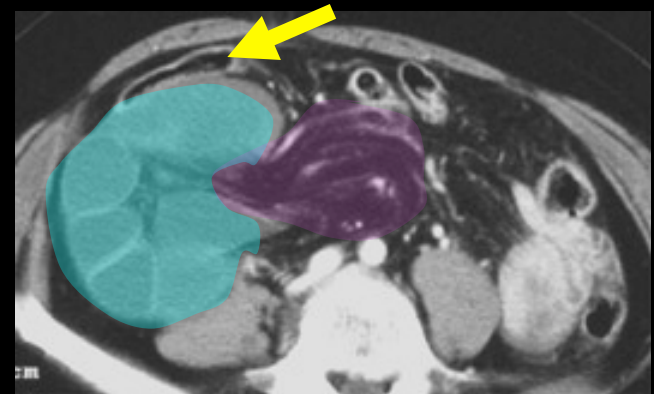
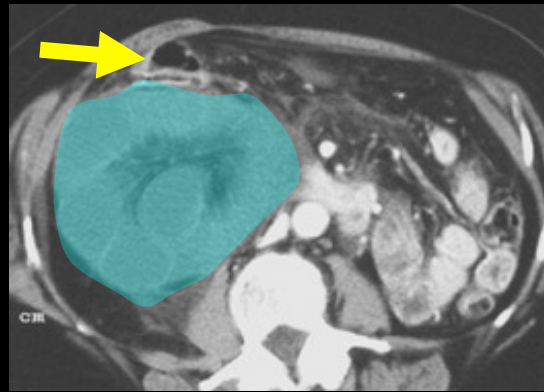
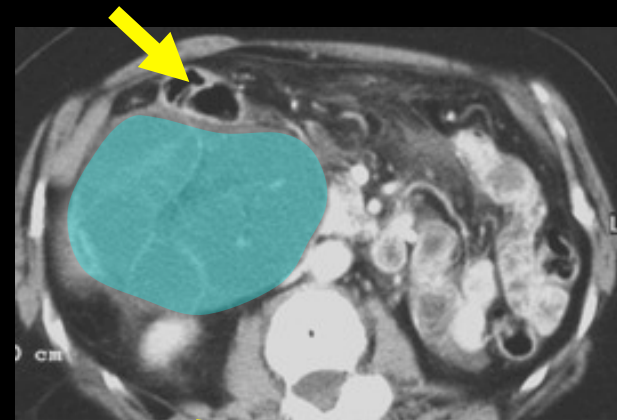
3

rétro caeco-
colique

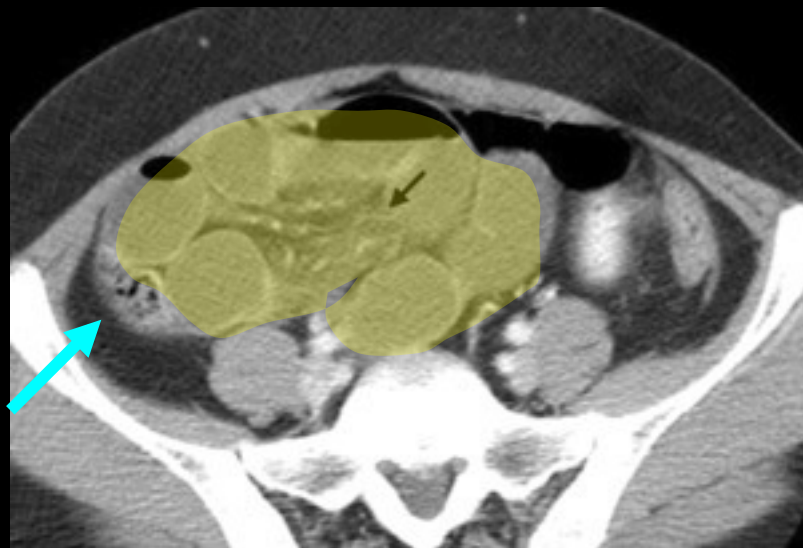
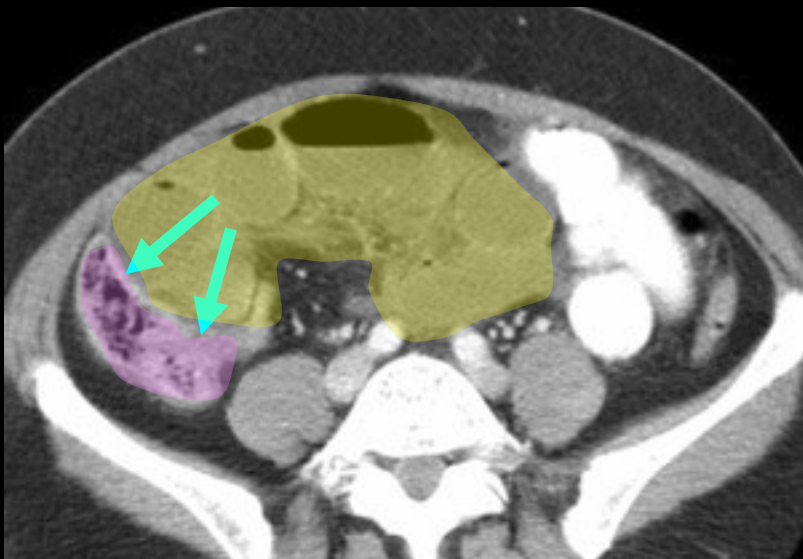




selon le siège para caeco-colique médial , rétro caeco-colique strict ou para caeco-colique latéral des anses herniées , le déplacement du colon et surtout l'effet de masse s'exerceront a à un endroit différent de la circonférence caeco-colique



hernie rétro caeco colique stricte



hernie para caeco colique médiale

messages à retenir

-les défauts d'accolement plus ou moins étendus du caecum sont très fréquents , qu'ils soient spontanés ou acquis , en particulier après appendicectomie .

Il est donc fréquent de voir , sur les coupes axiales , une ou des anses non distendues , en arrière du caecum. Cela ne suffit bien sur pas pour affirmer le diagnostic . Il faut rechercher :

.les anses distendues en regroupement "sac-like"

.l'effet de masse arciforme sur une partie de la circonférence caecale

-la hernie rétrocaecale vraie se développe sous l'action du péristaltisme des anses iléales qui décolle le fascia de Toldt droit et crée petit à petit un sac dont la face antérieure est constituée par une partie de la circonférence pariétale

-la révélation aiguë comme chez notre patiente correspond à une complication mécanique d'incarcération des anses para et/ou rétro-caecales avec strangulation vasculaire pouvant exceptionnellement imposer la résection intestinale segmentaire .

Le tableau est celui d'une occlusion à ventre plat (sans distension haute du grêle , hyperalgique en raison de la strangulation vasculaire , sans vomissements et avec un ballon abdominal palpable très douloureux mais sans tympanisme