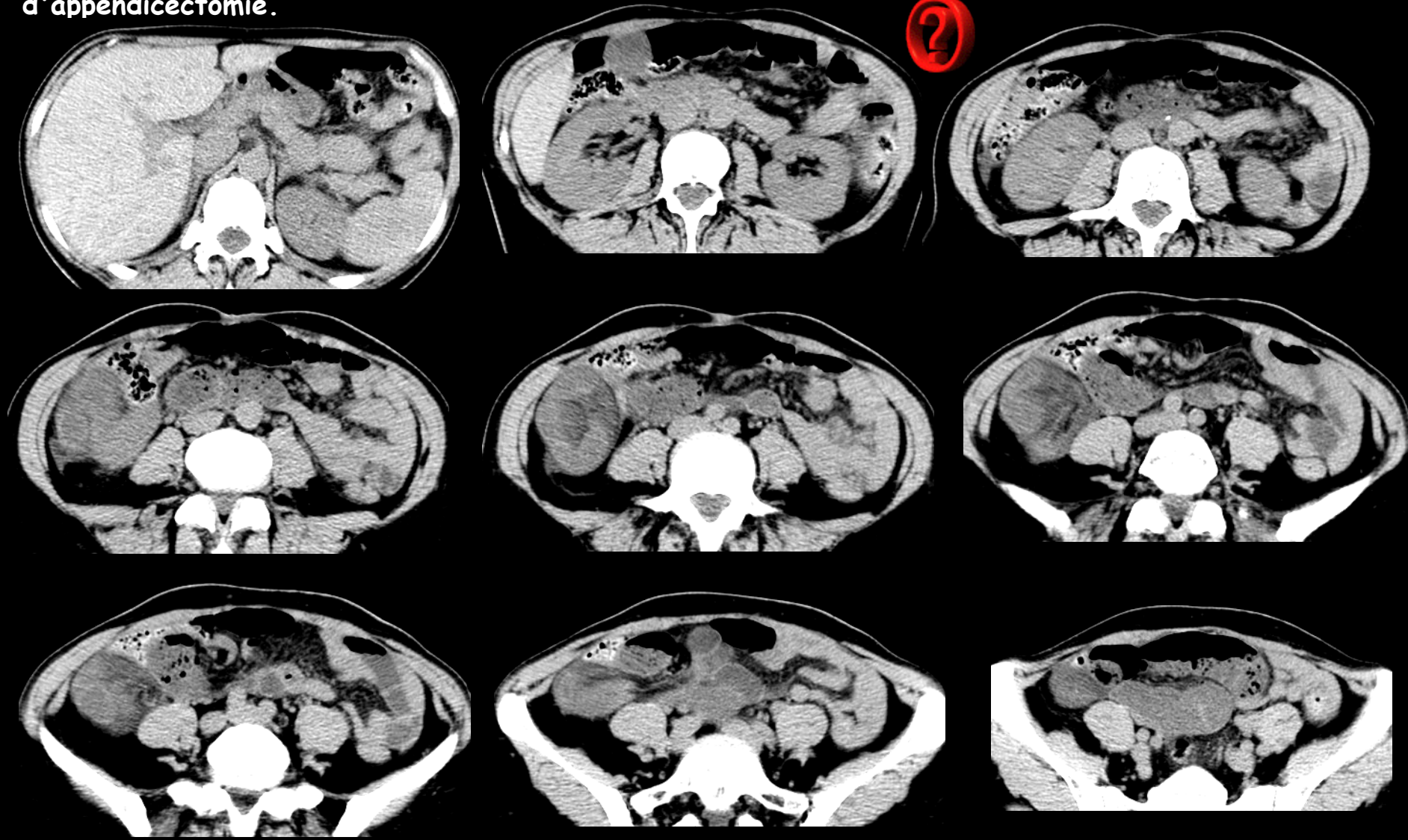
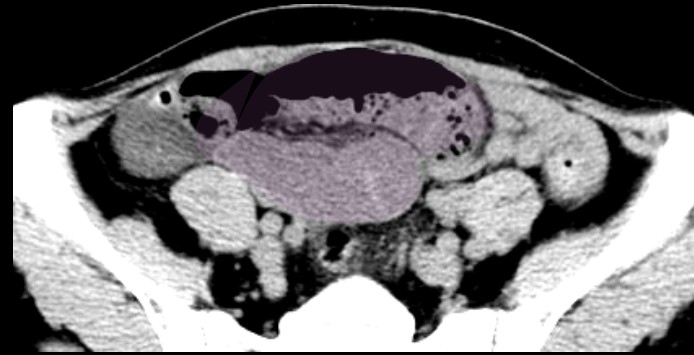
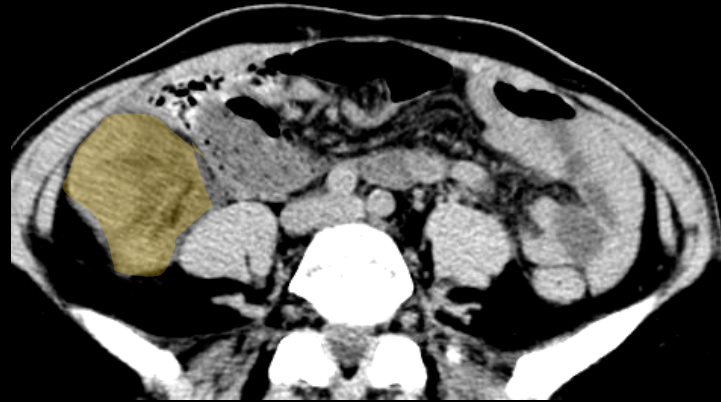


femme, 53 ans , syndrome douloureux hyperalgique à début brutal , de la FID. Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces coupes avant injection . Antécédent lointain d'appendicectomie.



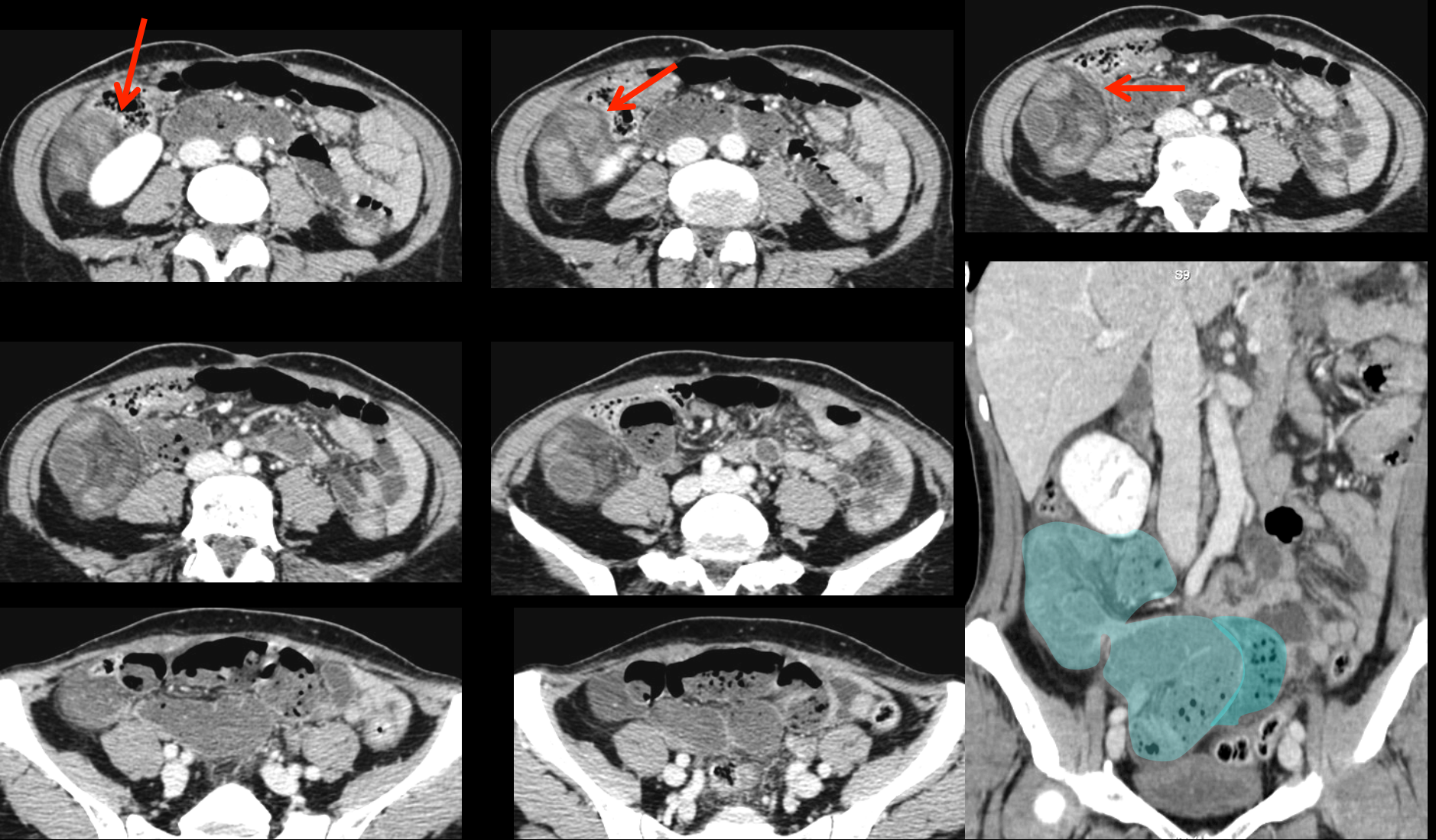
obs. Dr Y. Ranchoup Clinique du Mail Grenoble



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)

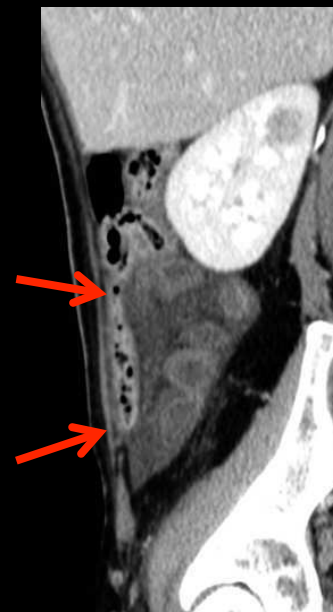
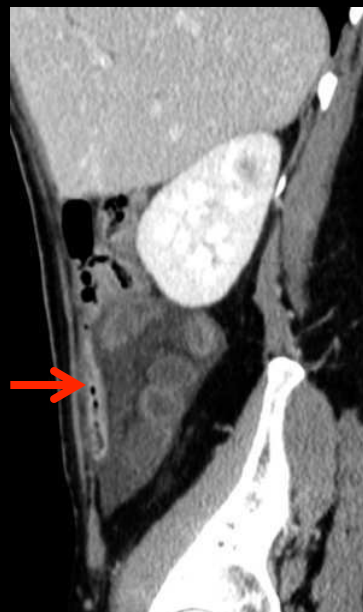
ces anses sont globalement hypodenses et leur mésentère est infiltré . Il existe des anses de même aspect dans la région médiane , dont le mésentère converge vers le même point que celui des anses "sac-like"

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

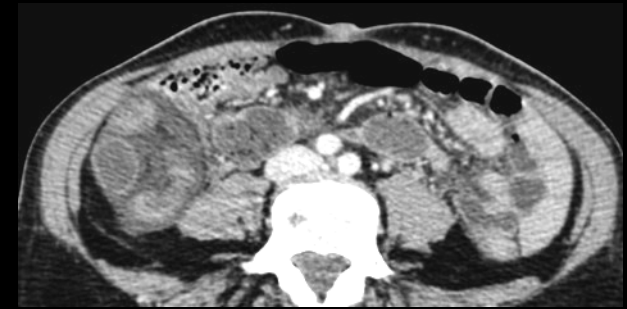
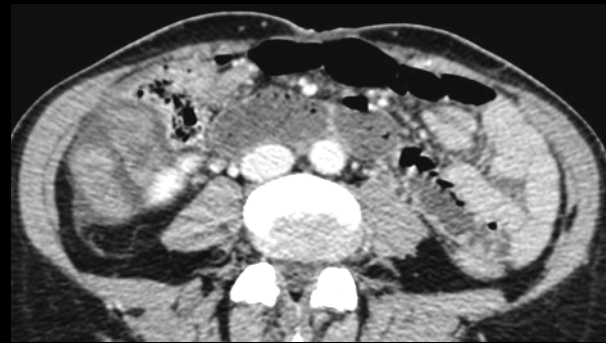
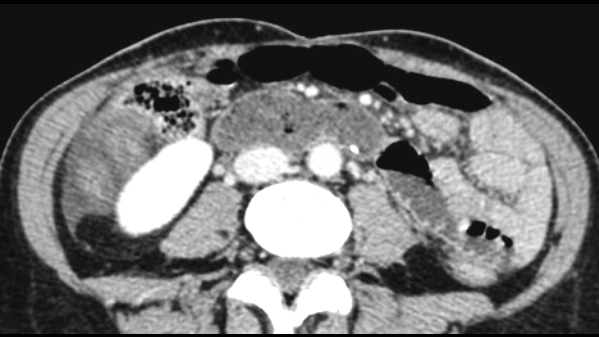


l'injection confirme , à la phase d'équilibre ( rehaussement identique de l'aorte abdominale et de la VCI,) , le net défaut de rehaussement des parois de anses iléales distendues dont le contenu endoluminal est hétérogène

ces anses iléales ischémiées 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

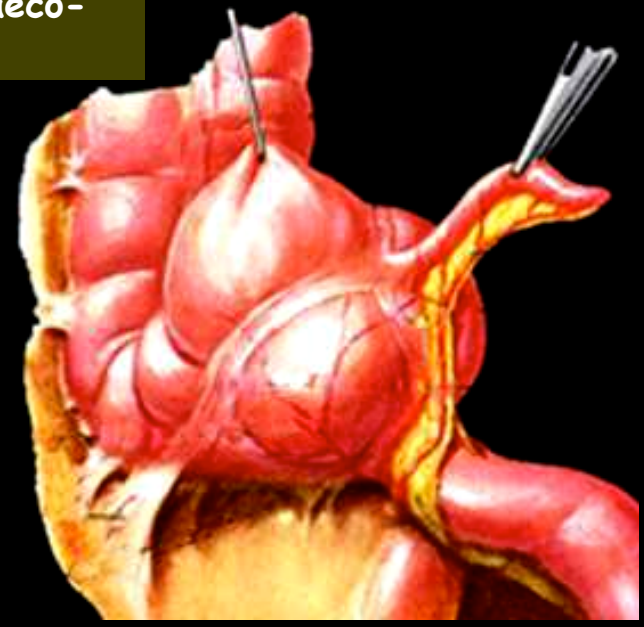
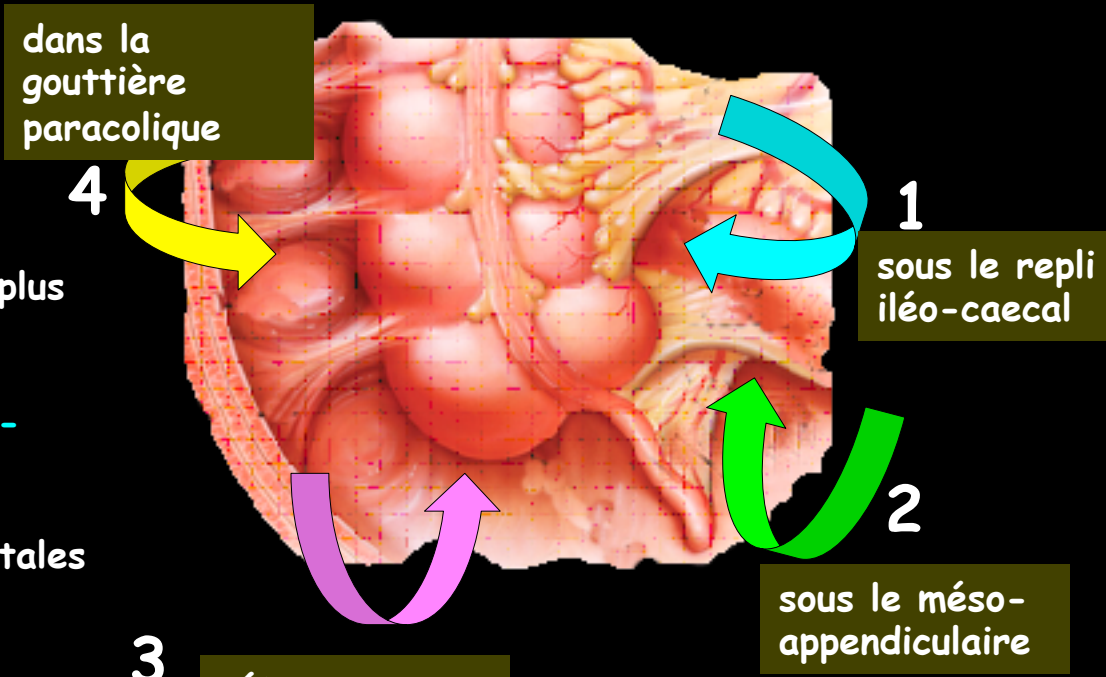
nombreuses dénominations : hernies iléo-coliques, rétro-cæcales, iléo-cæcales, para-cæcales

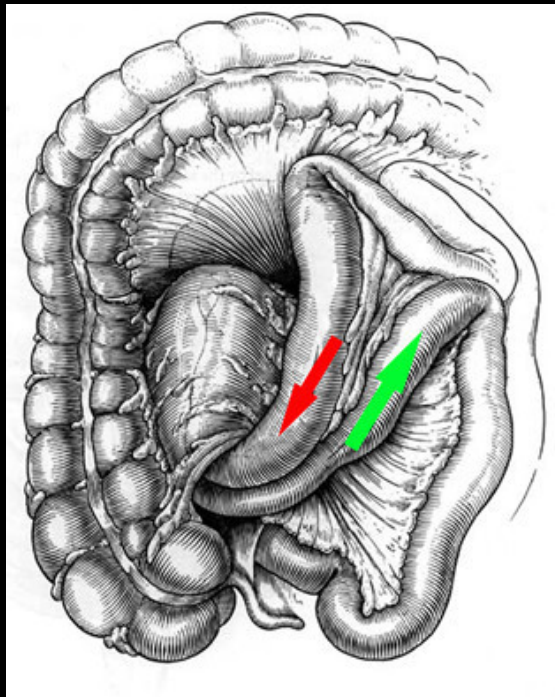
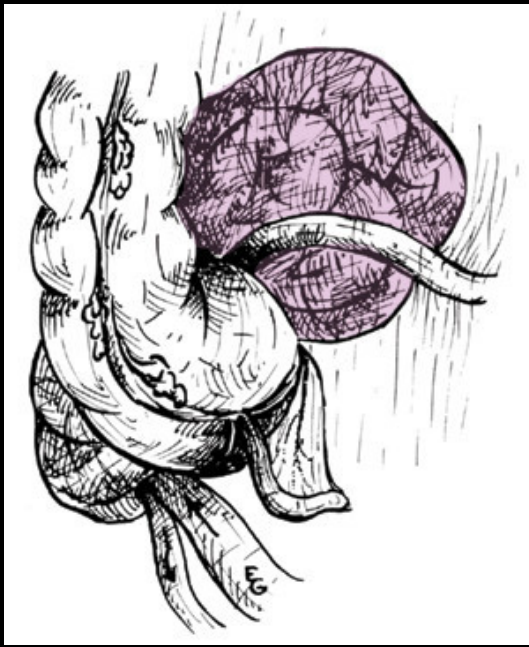
4 fossettes péri-cæcales décrites, congénitales ou acquise ( post-chirurgicales : appendicectomie )

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

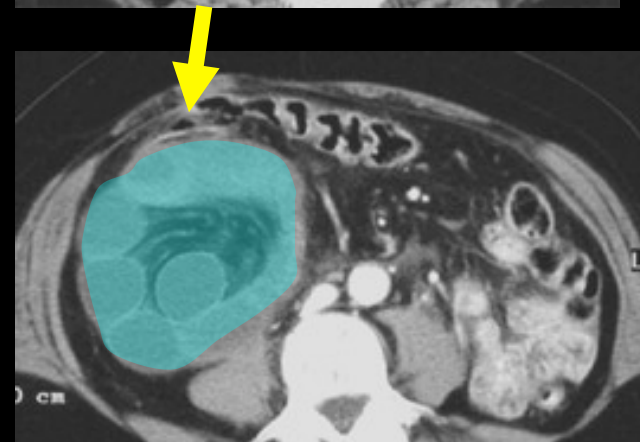
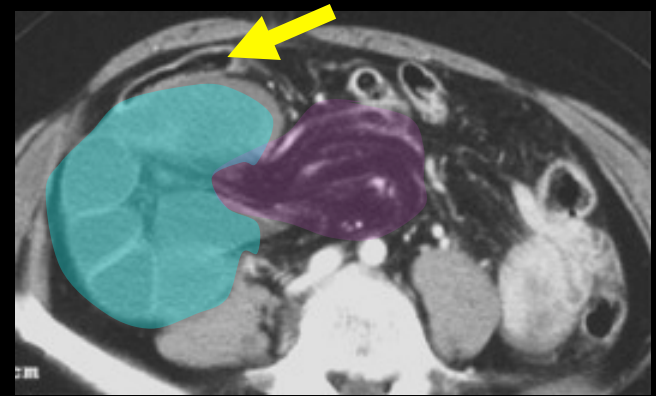
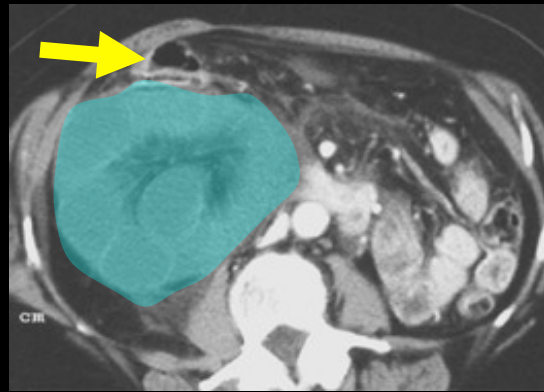
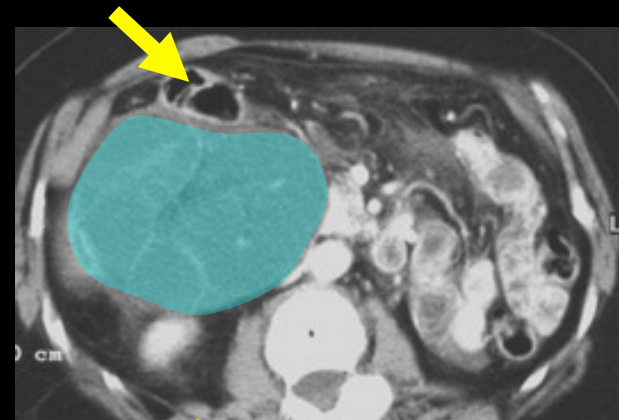
les rapports avec le caeco-ascendant sont primordiaux à étudier +++ pour affirmer le diagnostic et préciser le type de hernie en cause .

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

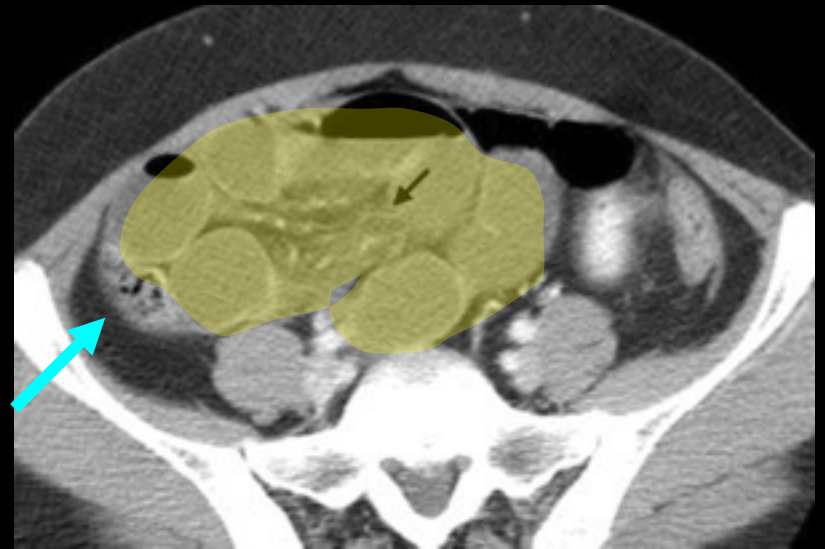
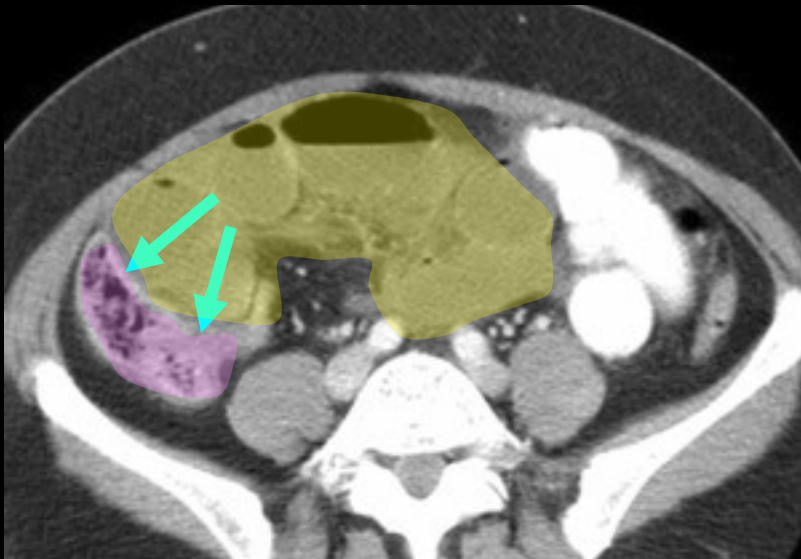




selon le siège para caeco-colique médial , rétro caeco-colique strict ou para caeco-colique latéral des anses herniées , le déplacement du colon et surtout l'effet de masse s'exerceront a à un endroit différent de la circonférence caeco-colique



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