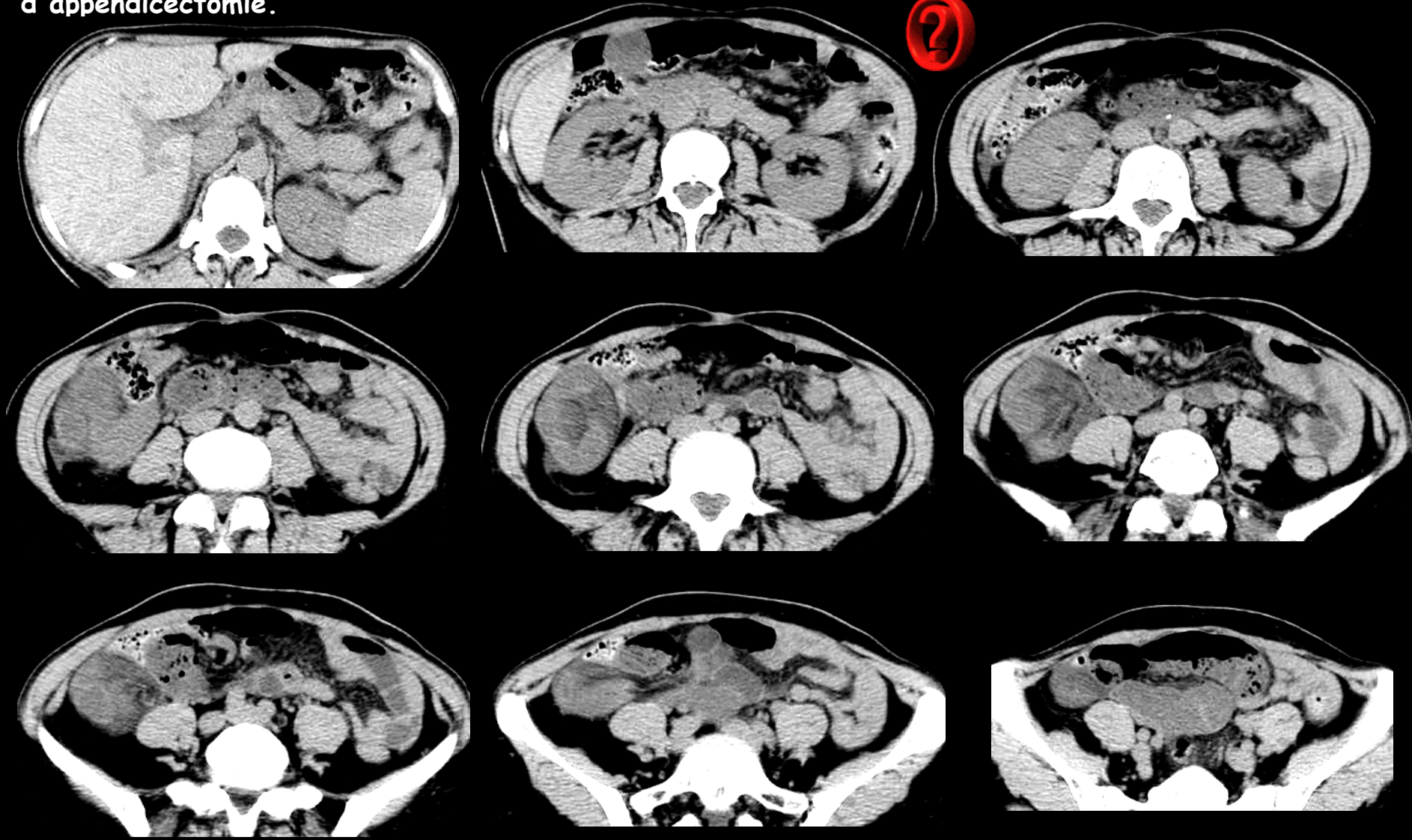
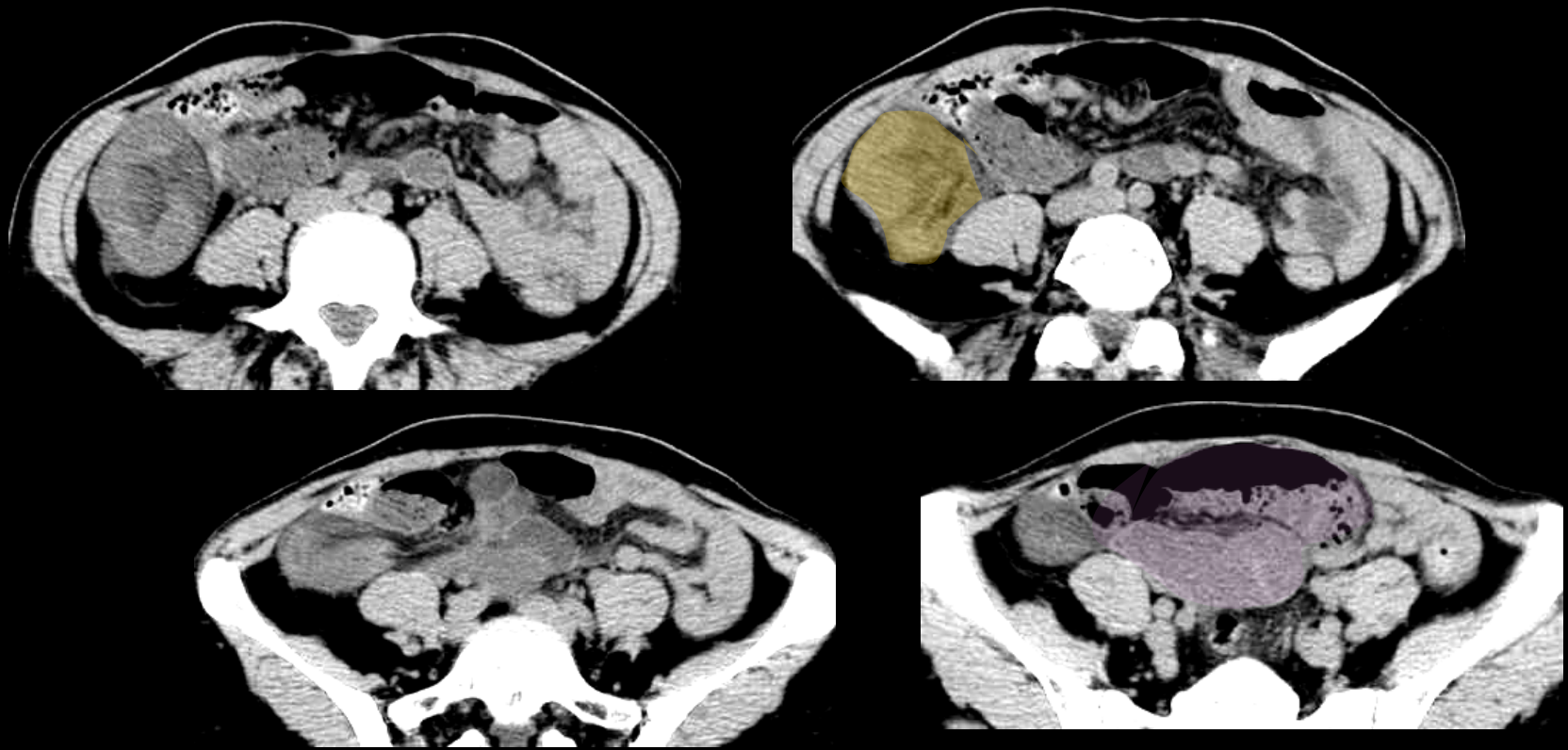


femme, 53 ans , syndrome douloureux hyperalgique à début brutal , de la FID. Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces coupes avant injection . Antécédent lointain d'appendicectomie.



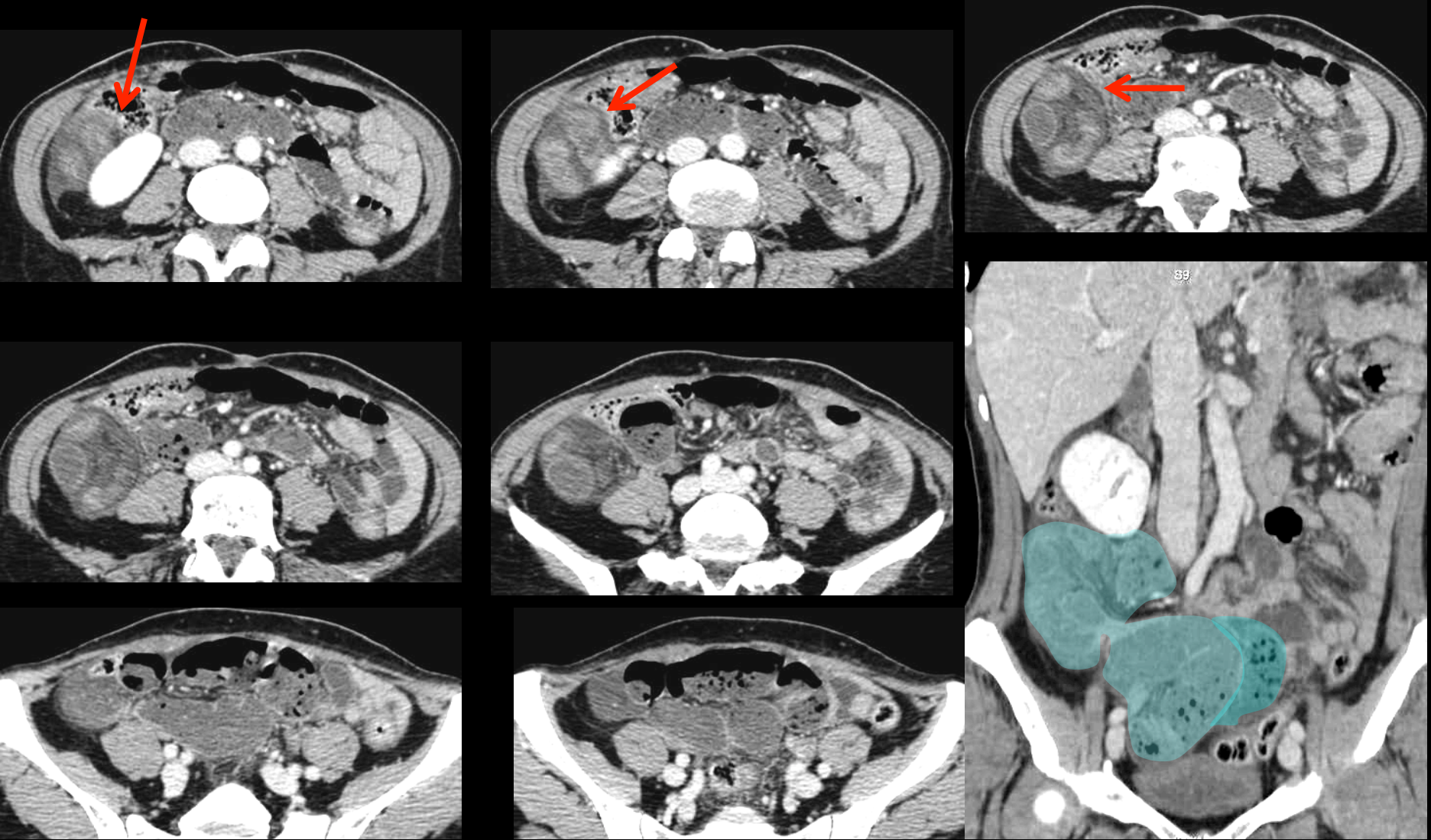
obs. Dr Y. Ranchoup Clinique du Mail Grenoble



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

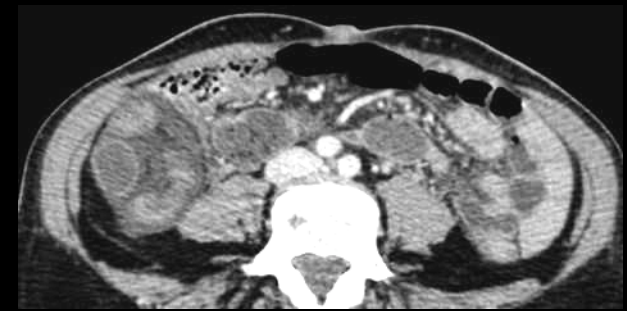
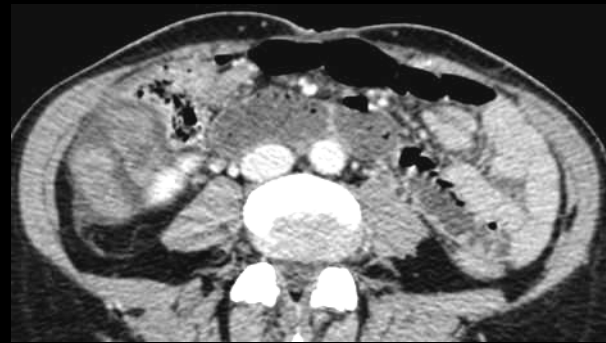
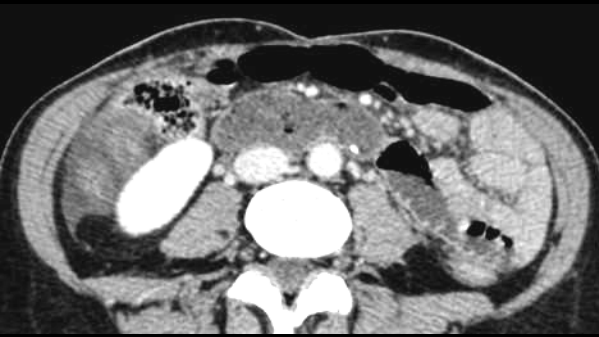


l'injection confirme , à la phase d'équilibre (rehaussement identique de l'aorte abdominale et de la VCI,) , le net défaut de rehaussement des parois de anses iléales distendues dont le contenu endoluminal est hétérogène

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-cæcales, iléo-cæcales, para-
cæcales**

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

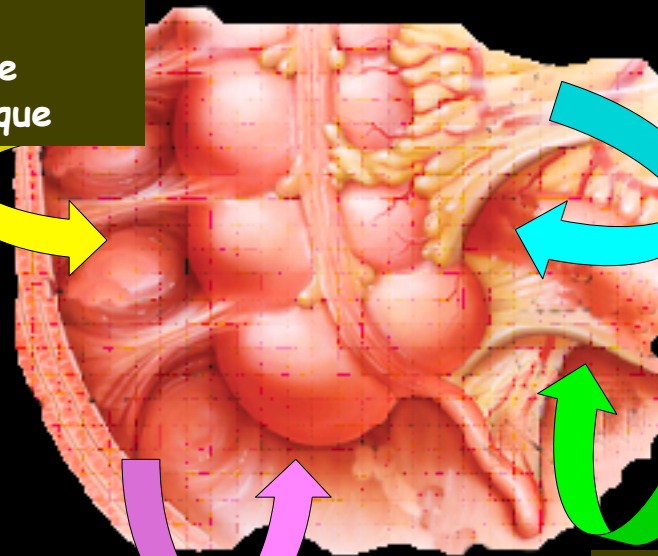
contenu herniaire généralement iléal , **enfermé
dans un sac ovoïde ou sphérique** développé par
détachement du fascia de Toldt droit sous l'action
du péristaltisme intestinal

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 le fait que le caecum et le colon
adjacent sont dans le sac herniaire dont ils
forment une paroi

dans la
gouttière
paracolique

4



1

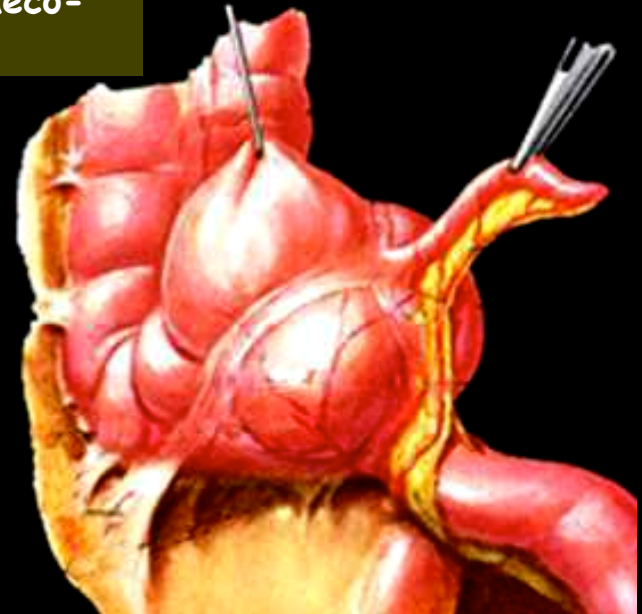
sous le repli
iléo-caecal

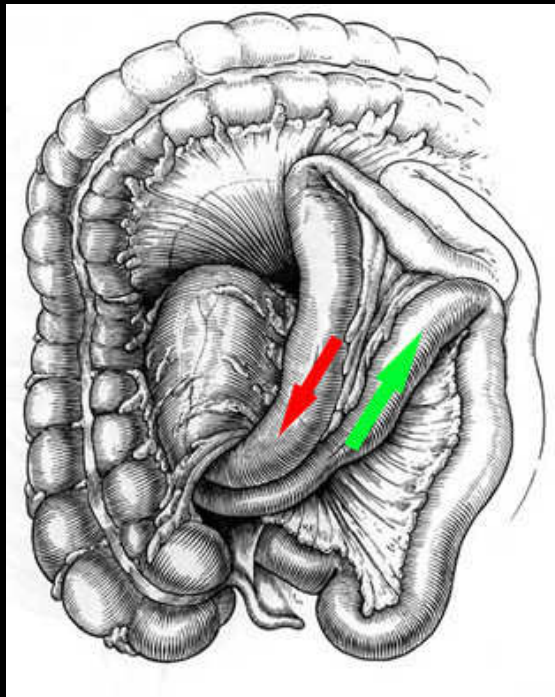
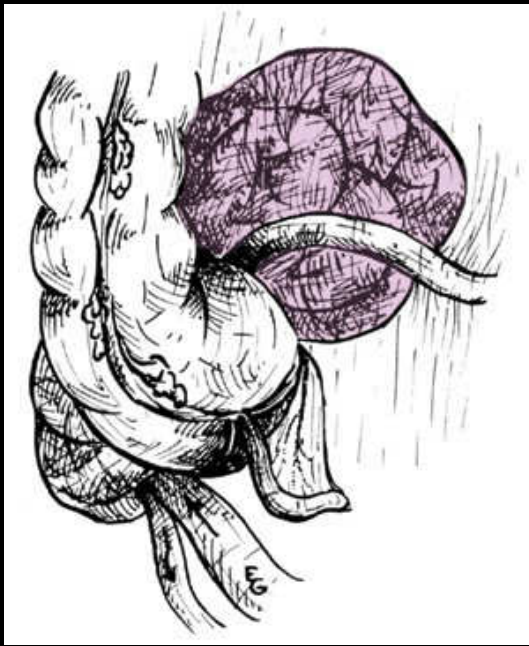
2

sous le méso-
appendiculaire

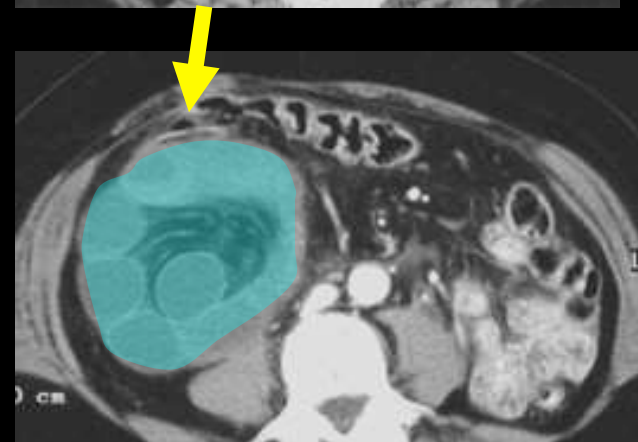
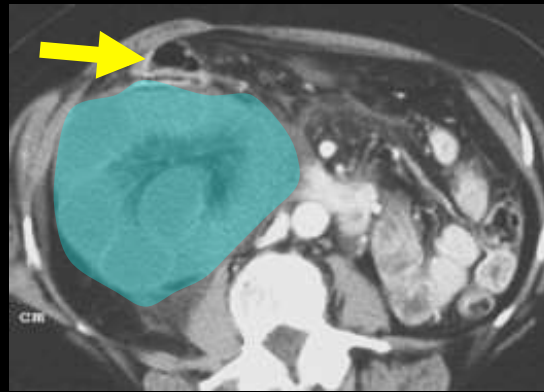
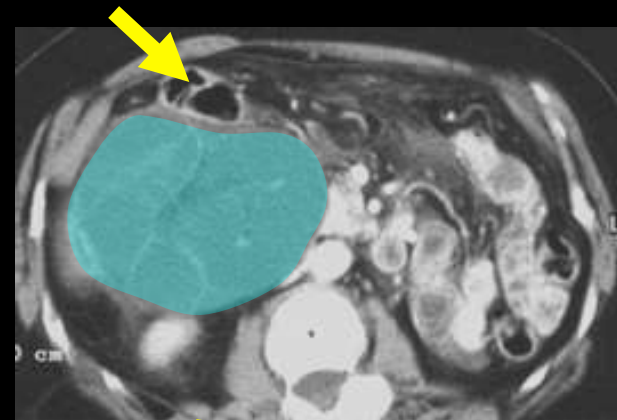
3

rétro caeco-
colique

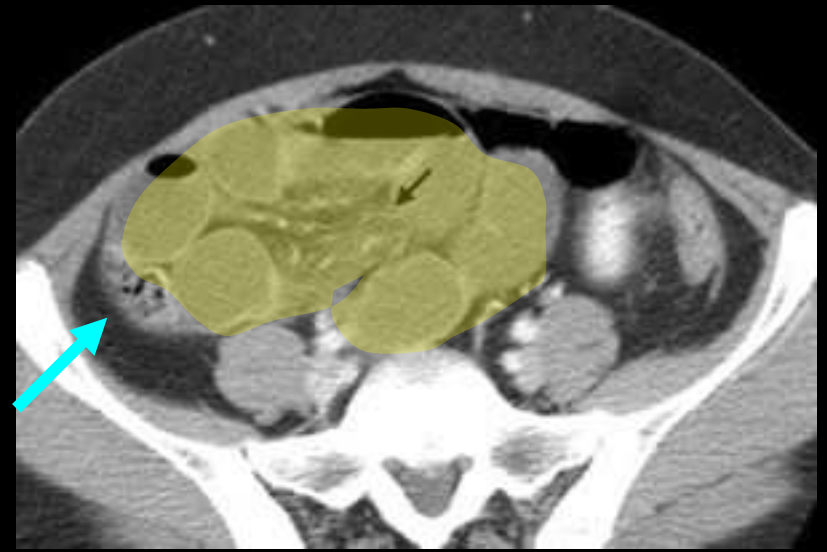




selon le siège para caeco-colique médial , rétro caeco-colique strict ou para caeco-colique latéral des anses herniées , le déplacement du colon et surtout l'effet de masse s'exerceront a à un endroit différent de la circonférence caeco-colique



hernie rétro caeco colique stricte



hernie para caeco colique médiale

Grâce à la perspicacité de Y. Ranchoup , on peut confirmer que c'est bien Léon Rieux qui dans sa thèse de Paris 1853 n°158 intitulée

"Considérations sur ;'étranglement de l'intestin dans la cavité abdominale et sur un mode d'étranglement non décrit par les auteurs "

a rapporté les données autopsiques précises de 3 cas (2 adultes et un enfant) dont les lentes agonies sont décrites avec une précision clinique et dans un style littéraire impressionnants

ces données font partie de la thèses de T Jonnesco " Hernies internes rétropéritonéales ou hernies formées dans les fossettes normales du péritoine" Paris 1889

HERNIES
INTERNES RÉTRO-PÉRITONÉALES

OU HERNIES FORMÉES

DANS LES FOSSETTES NORMALES DU PÉRITOINE

HERNIES DUODÉNALES — HERNIES PÉRICÉCALES — HERNIE INTERSICHOÏDE

HERNIE A TRAVERS L'HIATUS DE WINSLOW

PAR

T. JONNESCO

ANCIEN INTERNE LAURÉAT DES HÔPITAUX DE PARIS

(MÉDAILLE D'ARGENT DE CHIRURGIE, 1889)

AIDE D'ANATOMIE DE LA FACULTÉ

Avec 74 figures dans le texte.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890

326 pages dans lesquelles tout ou presque est dit , y compris les données physiopathologiques toujours en cours , 90 ans avant M. Meyers , 40 ans avant H. Mondor, 120 ans avant vous ...

pour les courageux , les curieux ; les philosophes et même les autres

<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5656526n.print>

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