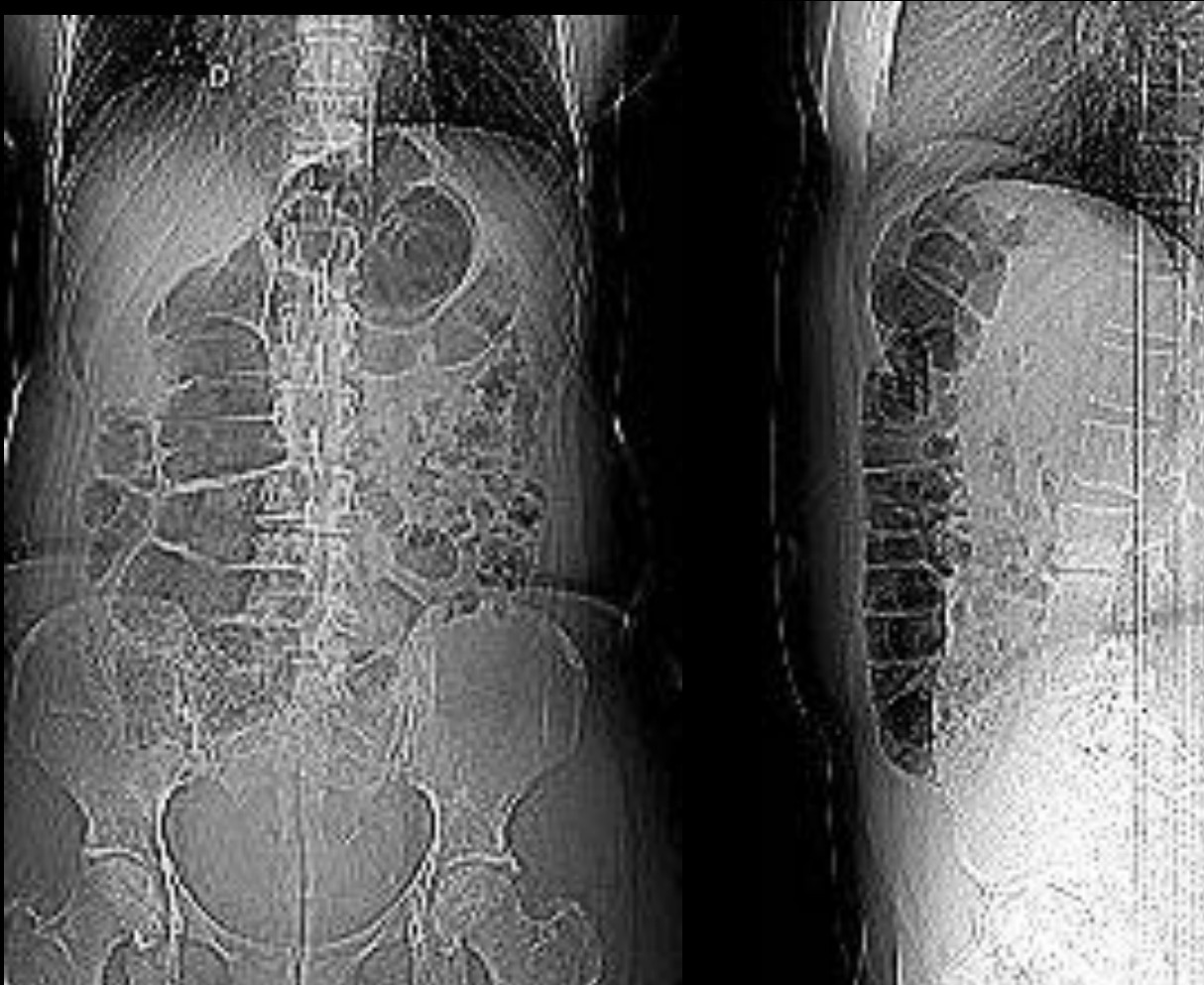


femme 53 ans , douleurs épigastriques intermittentes

Quels sont les items sémiologiques importants fournis par la scout view (malgré sa médiocre qualité...) dans le diagnostic étiologique de cette "urgence digestive"



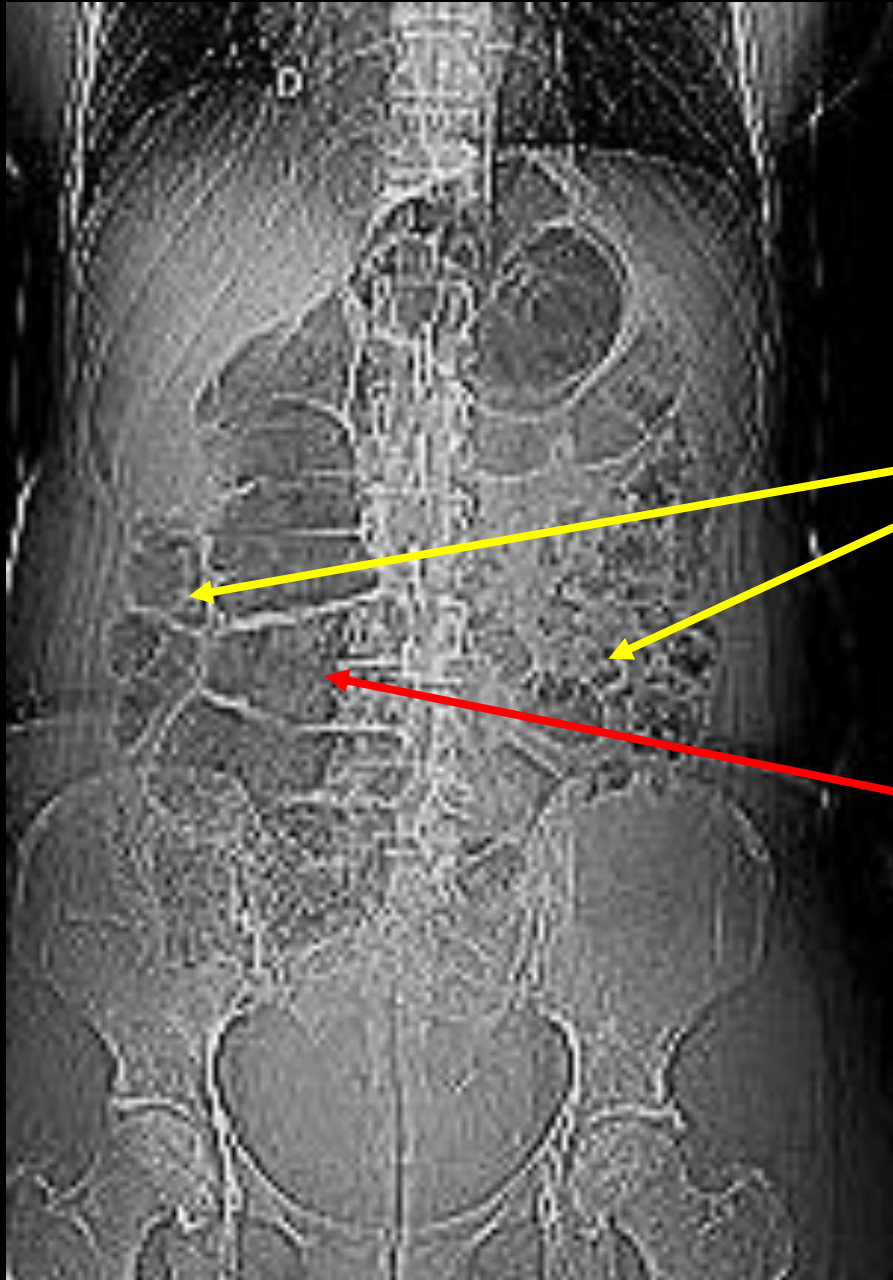


la **scout view** (ou **topogramme**), est une rémanence malheureusement trop souvent négligée du cliché d'abdomen urgent en décubitus avec rayon directeur vertical d'autrefois

la **scout view**

-permet d'apprécier la répartition des clartés gazeuses physiologiques des segments digestifs identifiables par leur forme, leur topographie, l'aspect de leur paroi et leur contenu endoluminal

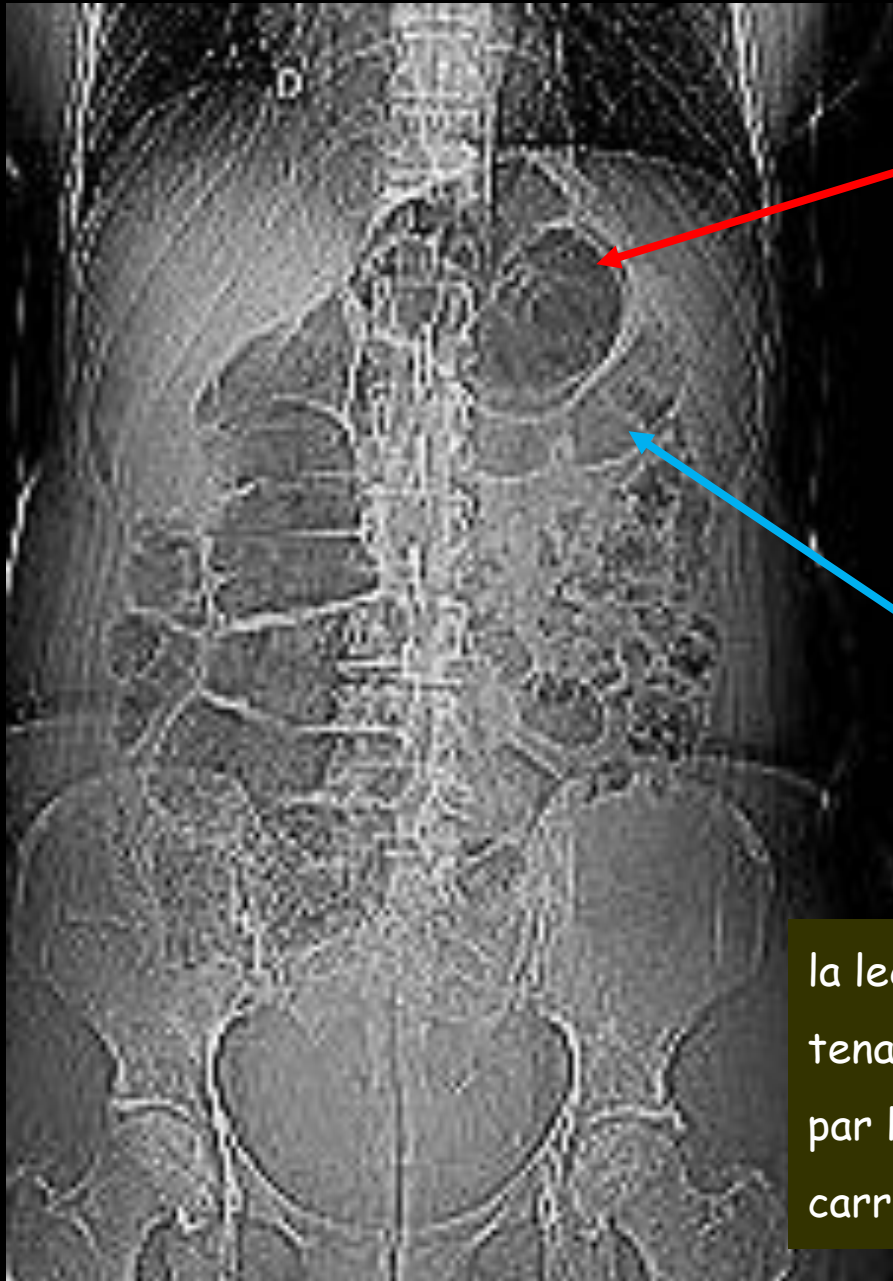
-étudie **dans leur ensemble** les modifications induites par la pathologie, en particulier **les distensions gazeuses de la lumière des différents segments intestinaux**. Elle aide beaucoup la compréhension des images en coupes axiales (ileus versus occlusion organique++++)



-on peut ici identifier sans équivoque:

.les anses grêles non distendues dans l'hypochondre et le flanc gauches ainsi que dans la gouttière pariéto-colique droite

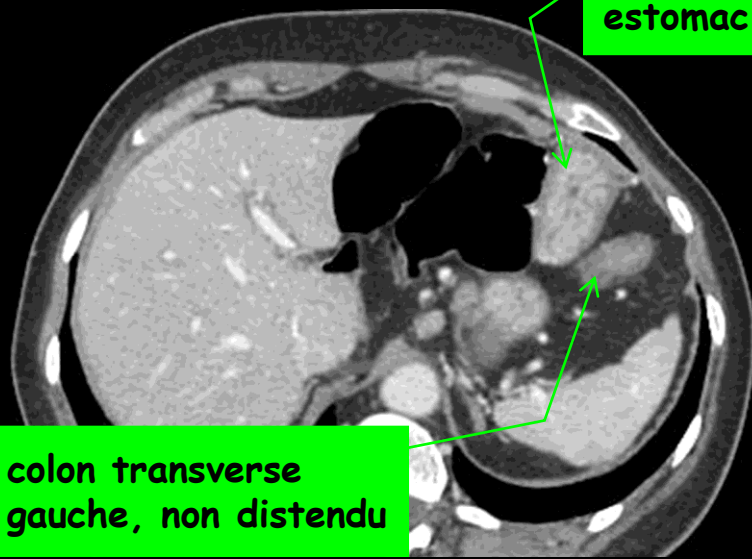
.le colon droit facilement reconnu par les bosselures haustrales et la paroi épaisse.) il est décalé en situation médiale mais, fait essentiel, le caecum est en situation normale dans la fosse iliaque droite



la formation arrondie en distension gazeuse de la région épigastrique ne peut-être que de nature colique (paroi épaisse , bosselures haustrales)

une autre structure intestinale se moule sur la précédente ; ses parois épaisses et sa forme permettent d'identifier l'estomac

la lecture de l'imagerie en coupes va être faite en tenant compte des données essentielles fournies par la scout-view , notamment sur la notion d'un carrefour iléo-caecal en place dans la FID

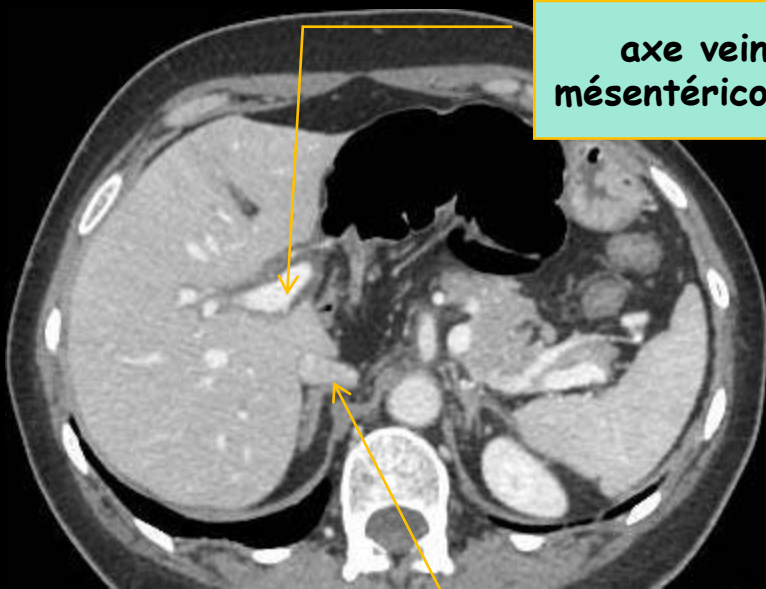


estomac

colon transverse gauche, non distendu

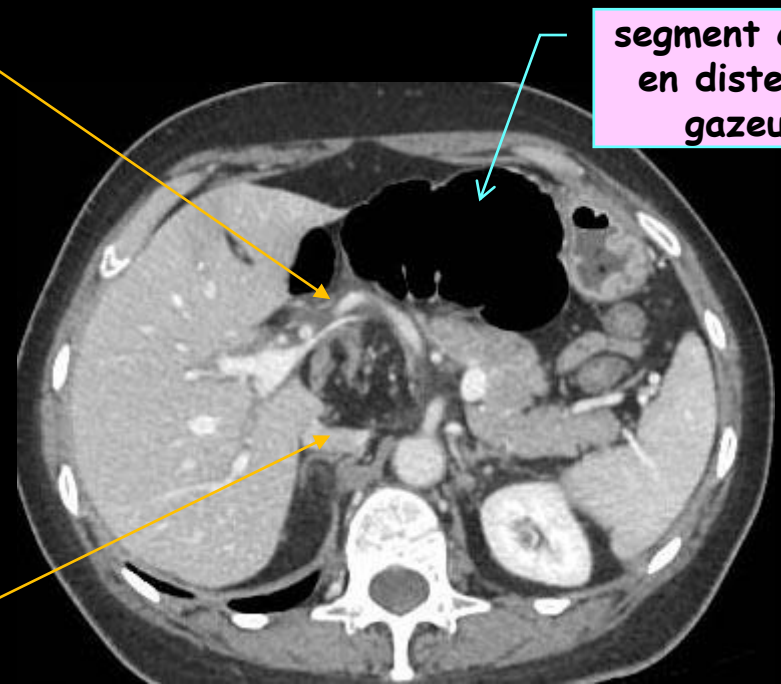
la lecture des coupes axiales de l'étage sus mésocolique doit commencer par **le repérage du foramen omental**, c'est-à-dire de la VCI rétro-hépatique et de l'axe spléno-portal

l'élargissement du hiatus laissant passer un segment colique qui ne peut-être que la partie droite du colon transverse, les autres segments coliques (en dehors du sigmoïde) étant accolés à la paroi abdominale postérieure par les fascias de Toldt droit et gauche



axe veineux mésentérico-portal

VCI rétro-hépatique



segment colique en distension gazeuse



segment colique transverse droit en distension gazeuse



estomac

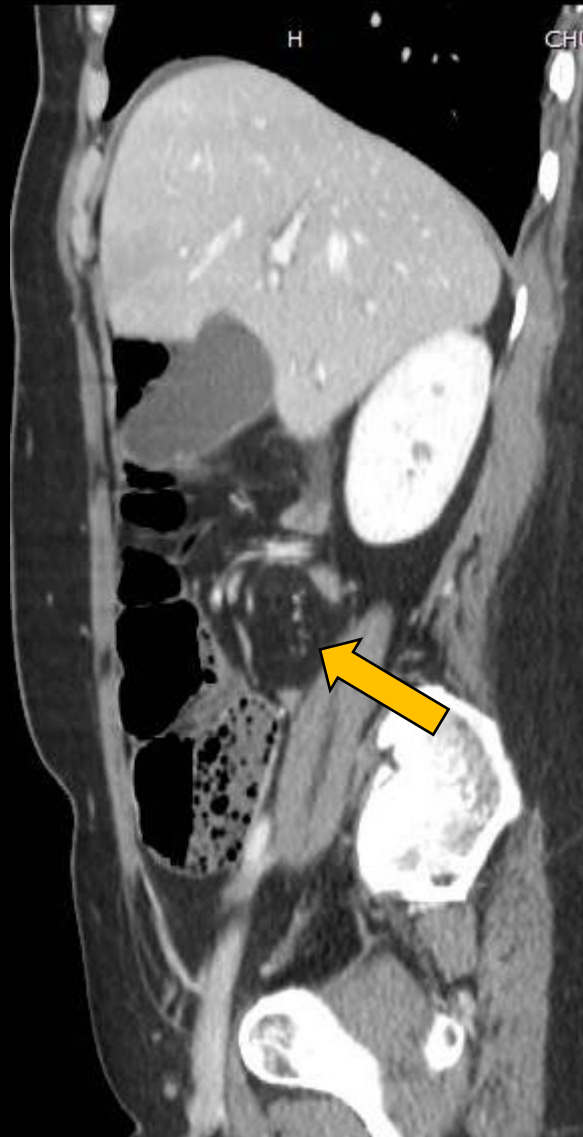
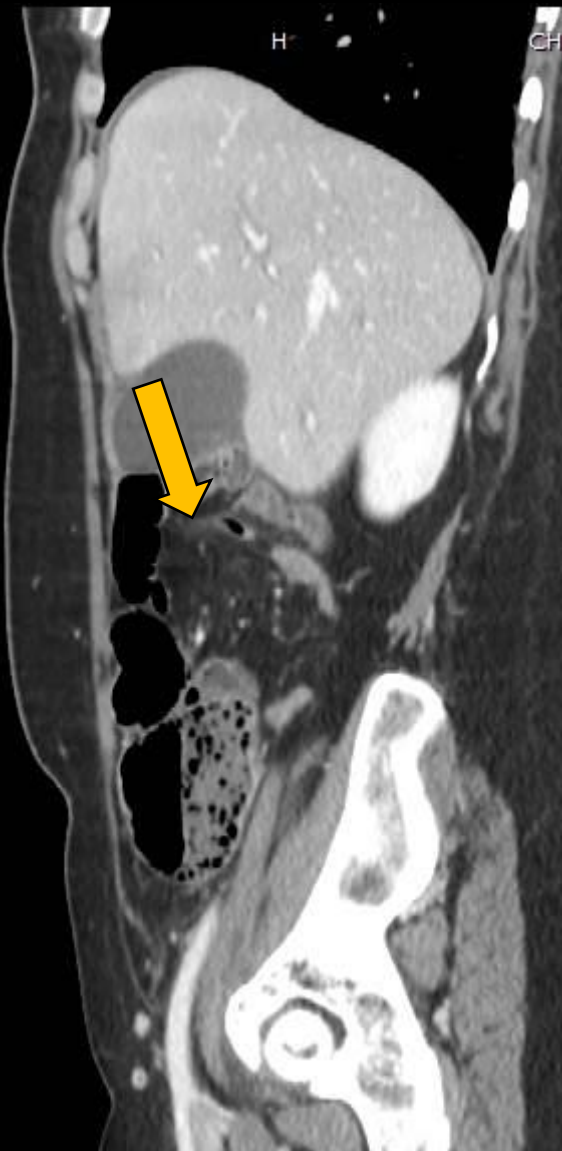


estomac



collet herniaire

le siège très antérieur du segment colique distendu dont la paroi antérieure vient au contact de la face profonde de la paroi abdominale et ses rapports avec l'estomac sont caractéristiques d'une disparition de la pars flaccida du petit omentum qui permet au segment colique hernié dans le foramen omental, de gagner la grande cavité péritonéale (hernie transomentale), à bien différencier d'une hernie transépiplique (à travers le grand omentum) d'une anse grêle



dans le plan sagittal on objective l'enroulement des vaisseaux mésocoliques du segment digestif intra-herniaire (partie droite du colon transverse).

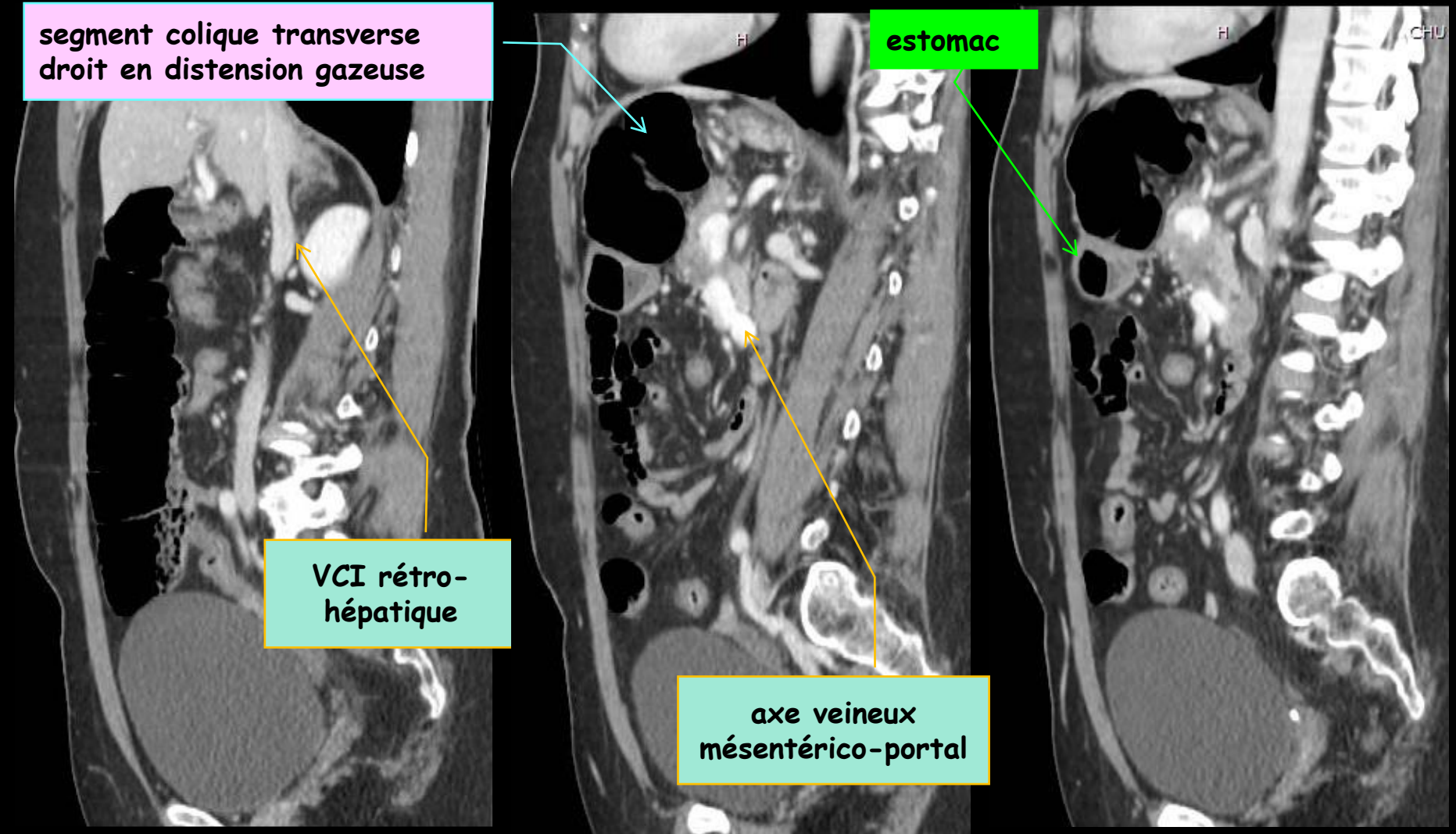
segment colique transverse
droit en distension gazeuse

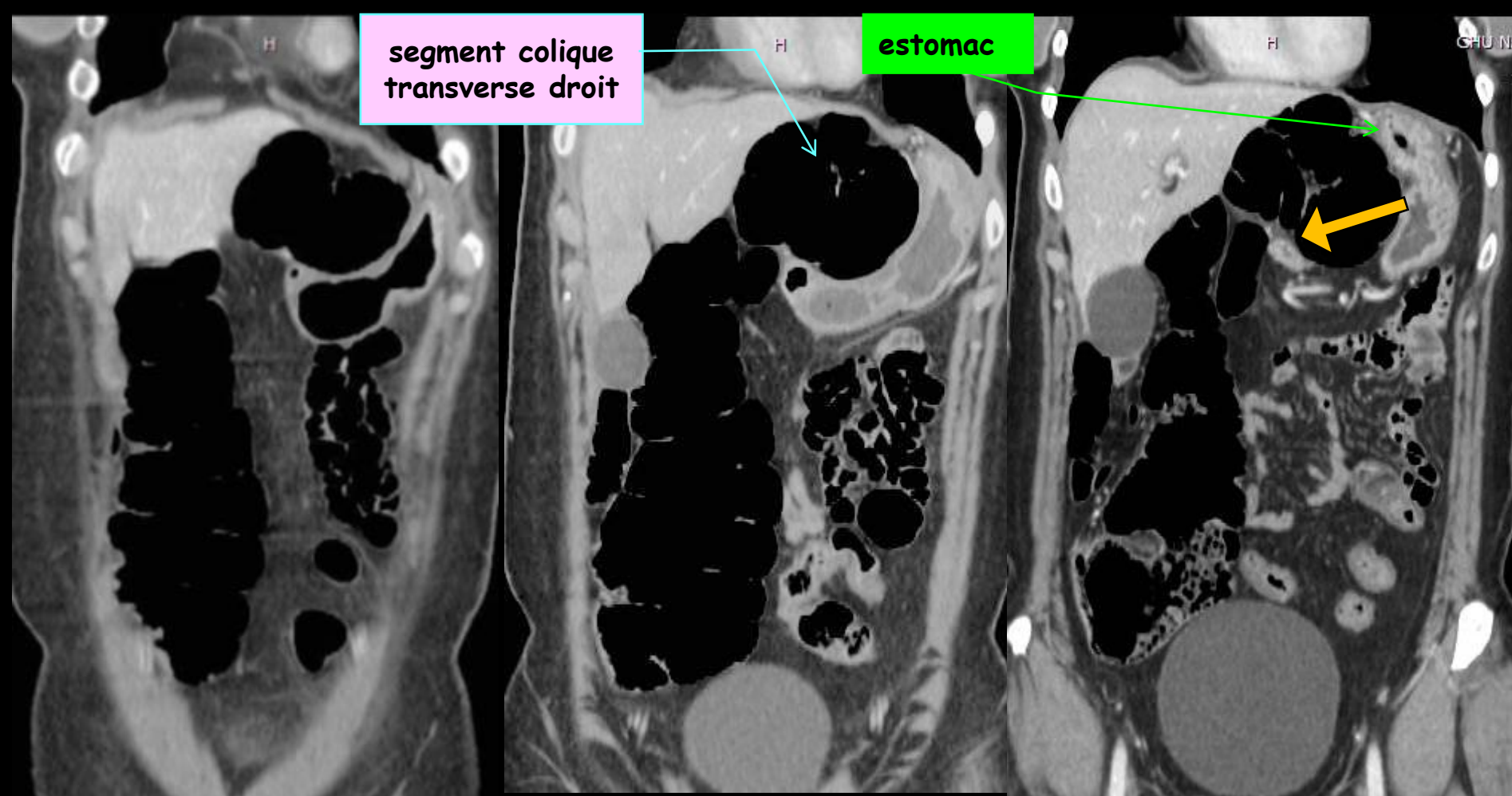
estomac

VCI rétro-
hépatique

axe veineux
mésentérico-portal

la hernie transomtale du caecum consécutive à la destruction de la pars flaccida du petit omentum permet la migration du caecum dans la cavité péritonéale



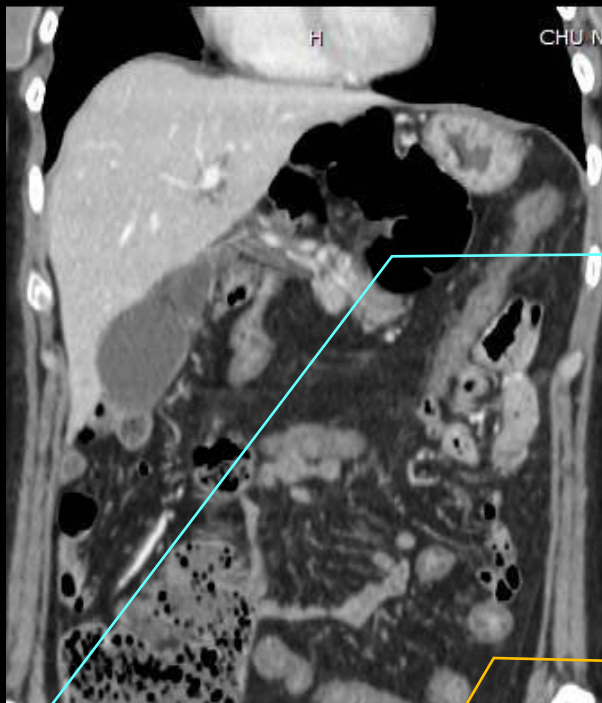


les reformations coronales restituent les informations observées sur la scout-view , en particulier la situation du caecum dans la fosse iliaque droite , la présence d'un segment colique distendu intra-herniaire accompagné du colon transverse d'aval, non distendu

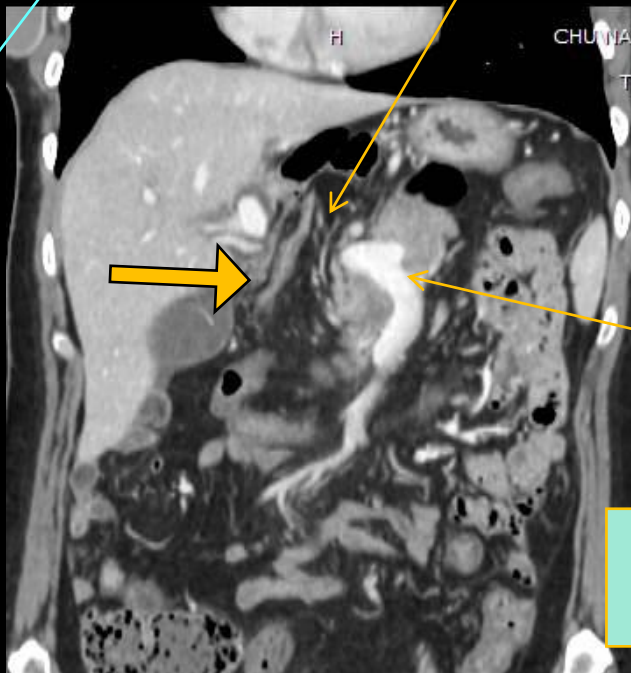
estomac



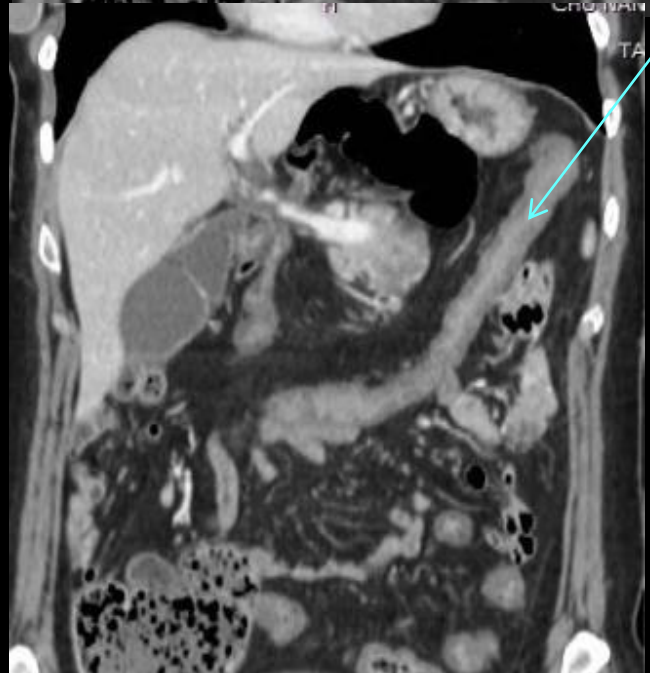
colon transverse gauche non distendu



collet herniaire



axe veineux mésentérico-portal



au total,

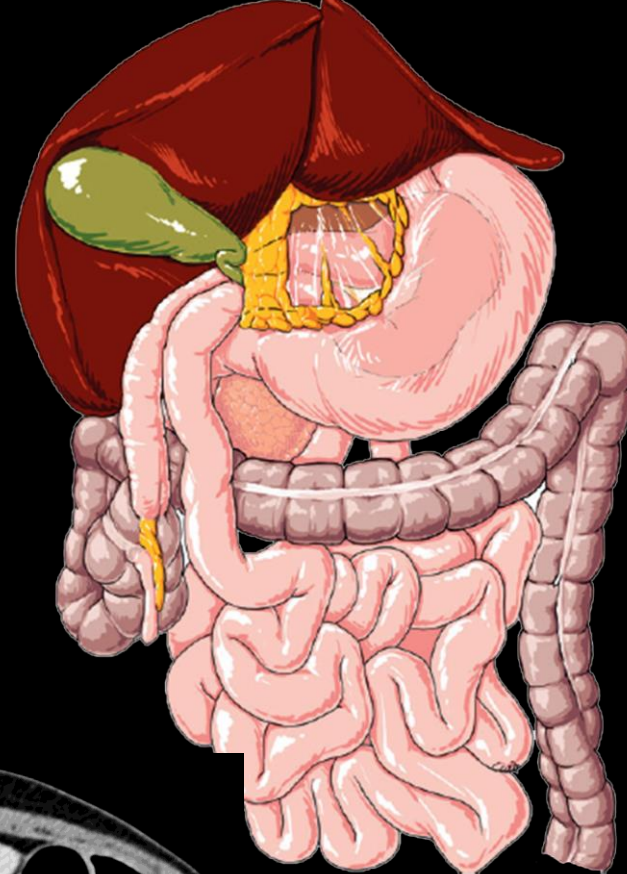
1-on doit bien sur **affirmer la présence d'une hernie du foramen omental** puisqu'on a constaté, sans équivoque la présence d'un important élargissement du hiatus omental dans lequel passent des structures péritonéales et leurs vaisseaux

2-une lecture trop rapide (surtout si l'on n'a pas pris en compte les données de la scout view) pourrait nous faire conclure à une **hernie du foramen omental de type II** (30 % des cas) hernie du carrefour iléo-caecal (nécessitant un décollement du fascia de Toldt droit) complétée comme sur le schéma, d'une hernie transépiploïque (à travers la pars flaccida du petit épiploon disparue sous l'effet des contraintes mécaniques exercées par le contenu herniaire

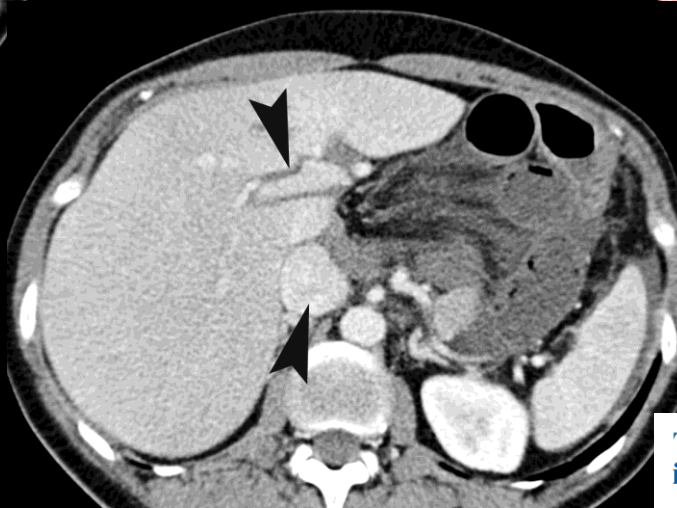
mais la scout view (et les coupes axiales), nous ont montré le caecum en position normale, dans la fosse iliaque droite !!!



3-on aurait alors pu penser à la forme la plus fréquente des hernies du foramen omental (60 % des cas): le type I ,caractérisé par le fait qu'elle ne renferme que du grêle.



mais dans notre cas, nous avons identifié des parois de type colique et des bosselures haustrales dans la hernie

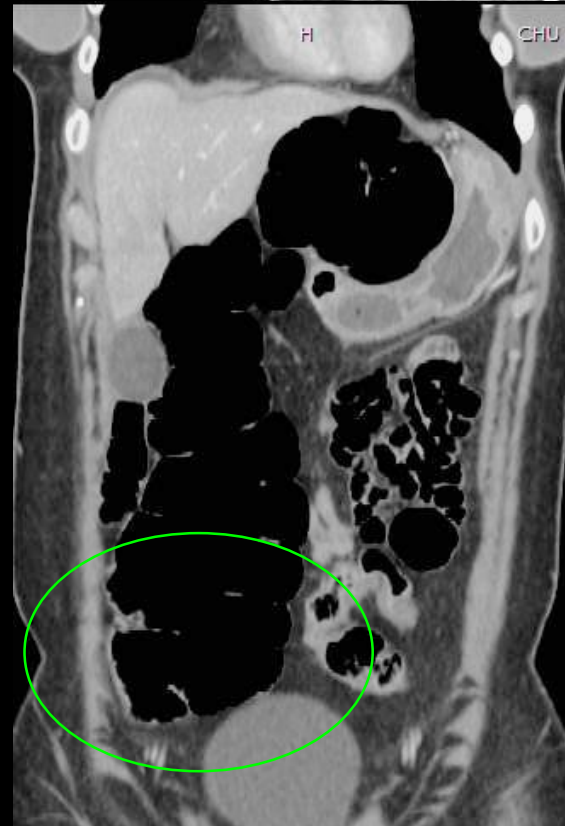
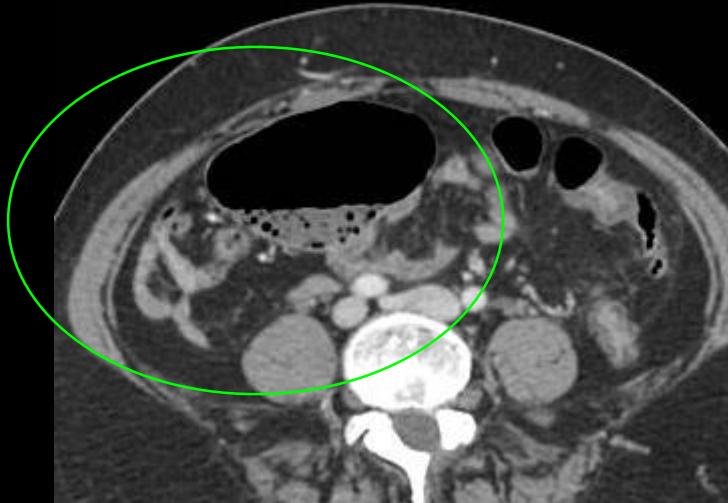
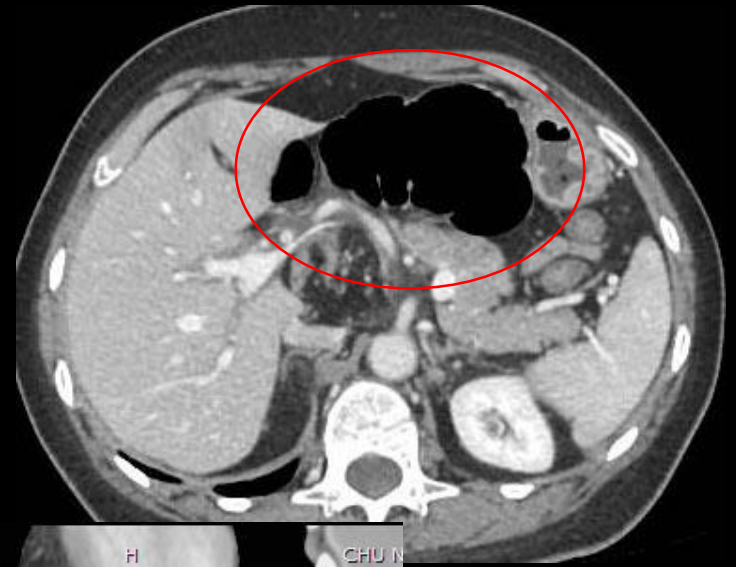


Traitement chirurgical des hernies internes

A. Echaïeb, L. Hrarat, H. Kotobi

il ne reste qu'une possibilité: la hernie du foramen de Winslow de type III. dans laquelle, la partie droite du colon transverse s'engage dans le hiatus omental élargi.

Ce n'est qu'en tenant compte des renseignements fournis par l'ASP ou son homologue scanographique la scout-view et **en vérifiant systématiquement le contenu de la FID,** notamment le siège du carrefour iléo-caecal que l'on évitera la confusion avec une hernie du foramen de Winslow de type II



4-enfin si l'on découvre des images de structures intestinales (grêle +/- côlon) distendues entre le lobe gauche du foie et la petite courbure gastrique avec un **hiatus omental normal** (-tronc porte parallèle et au contact de la face antérieure de la VCI sous-hépatique, on est en présence d'une hernie de la cavité omentale

- par son plancher (mésocolon transverse)
- ou sa paroi antérieure (ligament gastro-colique ou petit omentum)

