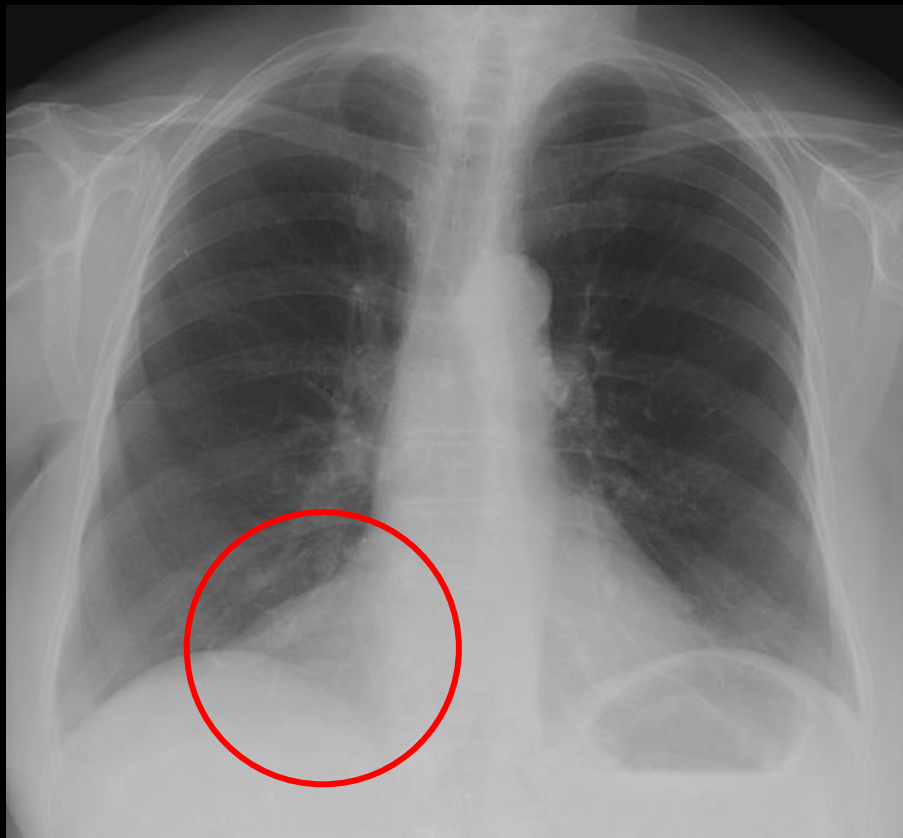


femme 80 ans, asthme ancien,, asymptomatique au moment de la réalisation du clichés (bilan pré anesthésique)

quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur le cliché thoracique et quelles sont les hypothèses diagnostiques à envisager





-comblement de l'angle cardio-phrénique droit par une opacité homogène de densité légèrement inférieure à celle de la masse ventriculaire

-par ailleurs il faut noter :

- . un index cardio-thoracique normal
- . l'absence de modification patente de la vascularisation pulmonaire
- . l'absence d'épanchement pleural.

donc aucun argument en faveur d'une cardiopathie

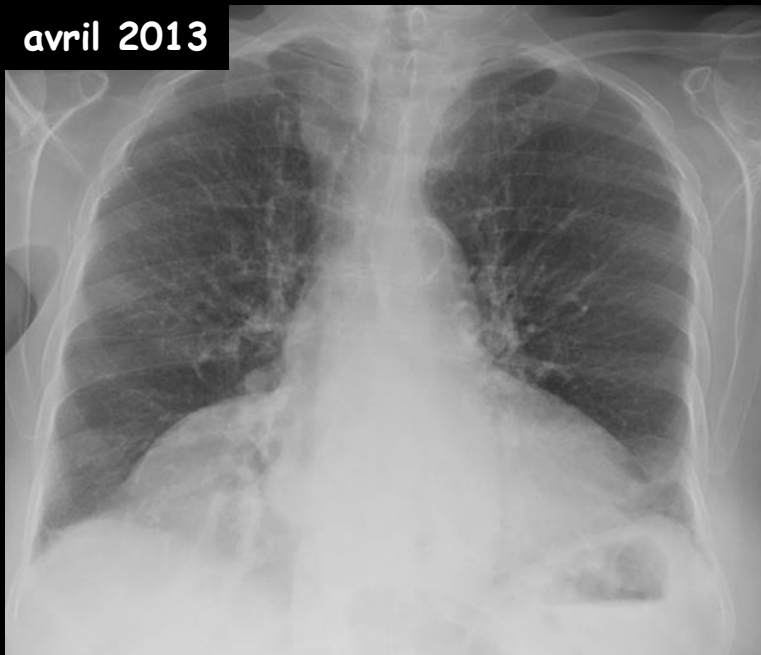
-si l'opacité paraît être de densité liquide , le kyste pleuropéricardique doit être évoqué en premier lieu

-on pourrait envisager l'hypothèse d'une condensation parenchymateuse systématisée segmentaire du lobe moyen puisque l'arc inférieur du bord droit du médiastin (atrium droit) n'est pas visible.

mais il n'y a ni signe clinique de pneumopathie infectieuse, ni bronchogramme aérique visible

-dans l'hypothèse d'une atélectasie segmentaire ,il n'y a ni attraction du hile, ni surélévation de l'hémi- coupole diaphragmatique droite, ni attraction médiastinale.....

avril 2013



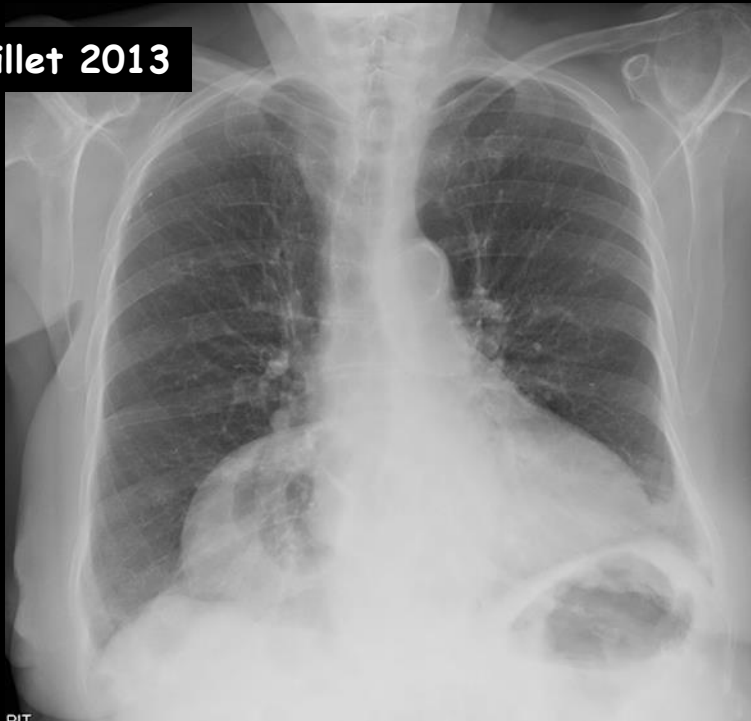
voici des clichés pratiqués 10 ans plus tard chez la même personne à l'occasion d'épisodes dyspnéiques aigus rapportés à un asthme résistant au traitement

le diagnostic de l'origine de l'image para cardiaque droite devient beaucoup plus facile. La présence de clartés gazeuses et de structures d'allure digestive traduit la migration intra thoracique de viscères abdominaux

la grosse tubérosité gastrique et le cardia sont en place
quel est donc le diagnostic précis

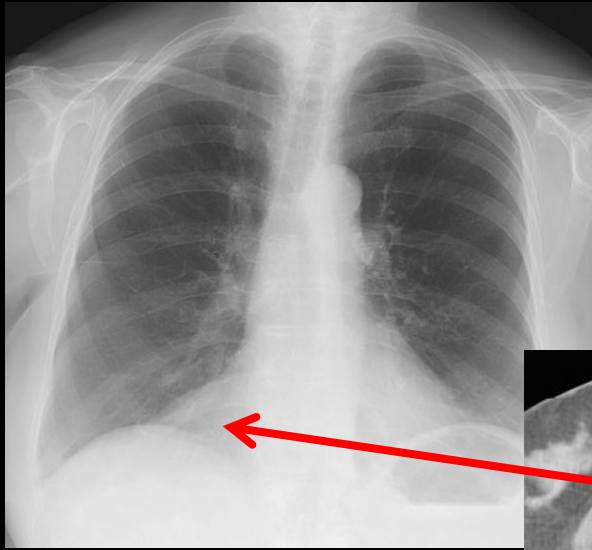


juillet 2013



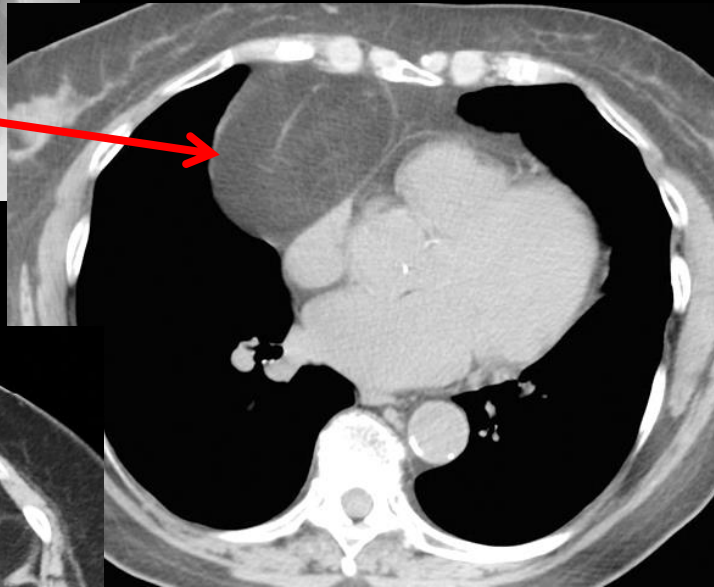
août 2013





il ne peut bien sûr s'agir que d'une **hernie diaphragmatique antérieure**.

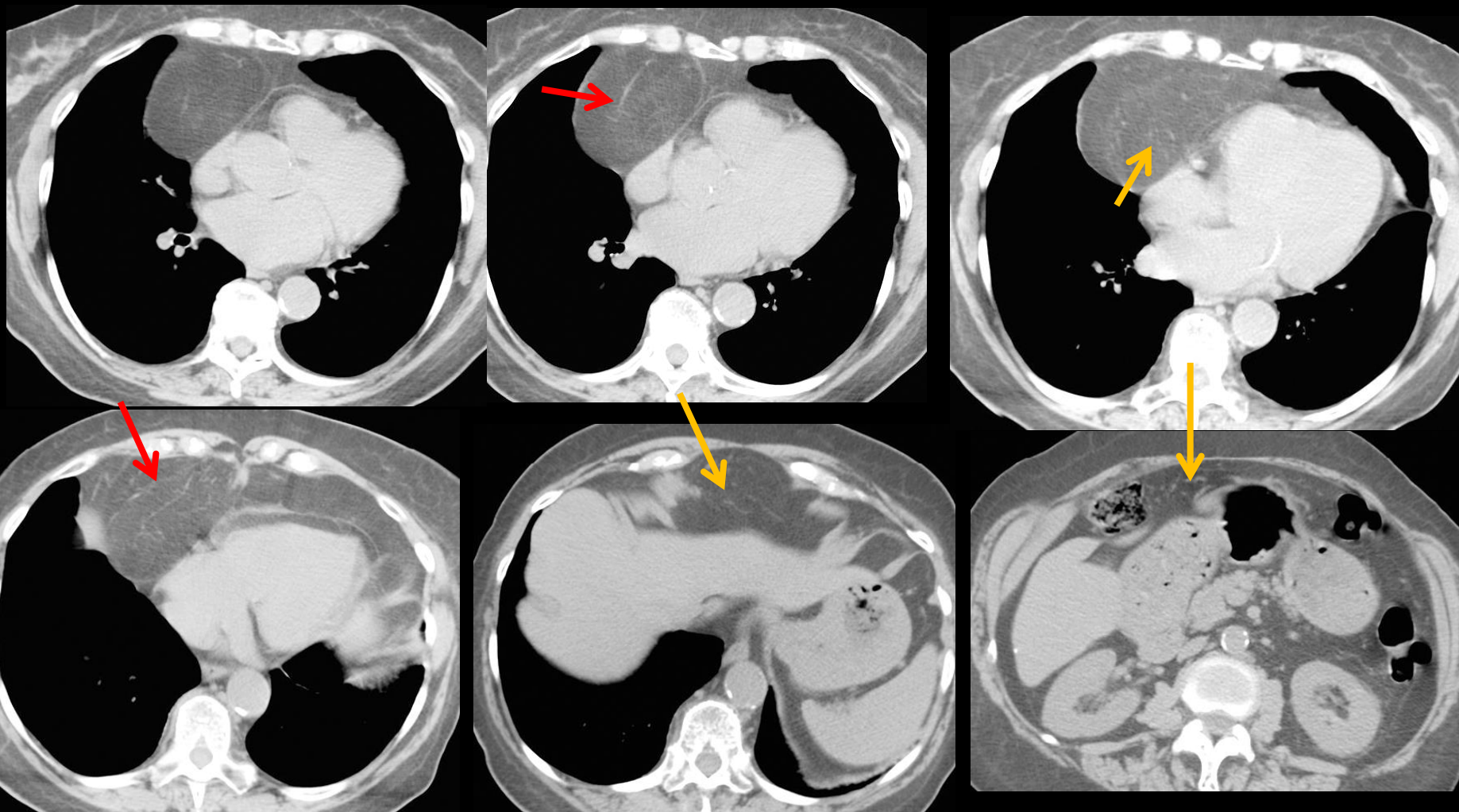
Un scanner avait été pratiqué, contemporain du cliché initial ; son analyse va permettre de préciser le siège et surtout le contenu de la hernie à cette époque.



le contenu herniaire est constitué d'une masse de tissu graisseux siégeant en avant et au contact de l'atrium droit.

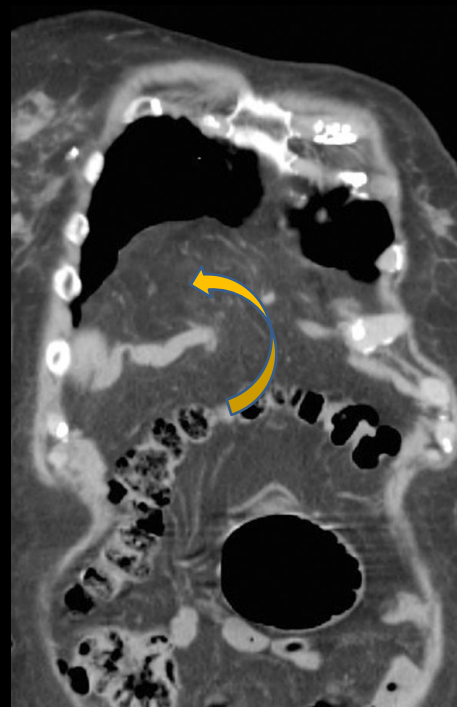
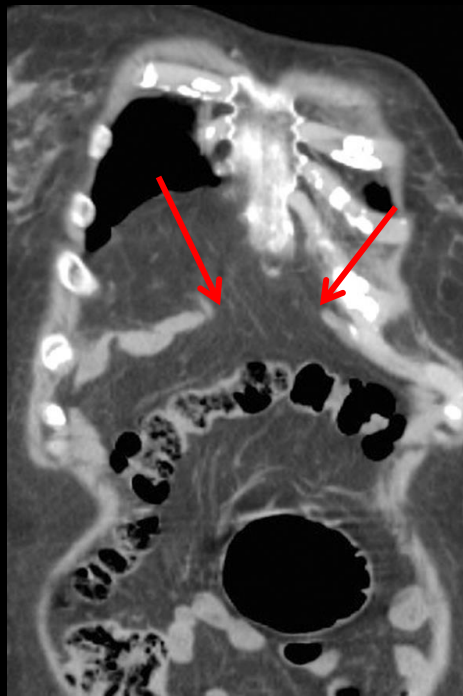
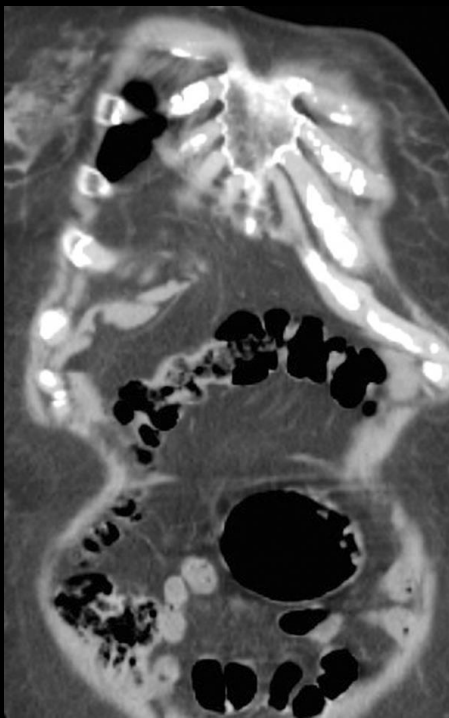
Quelle est l'origine de cette masse de tissu adipeux





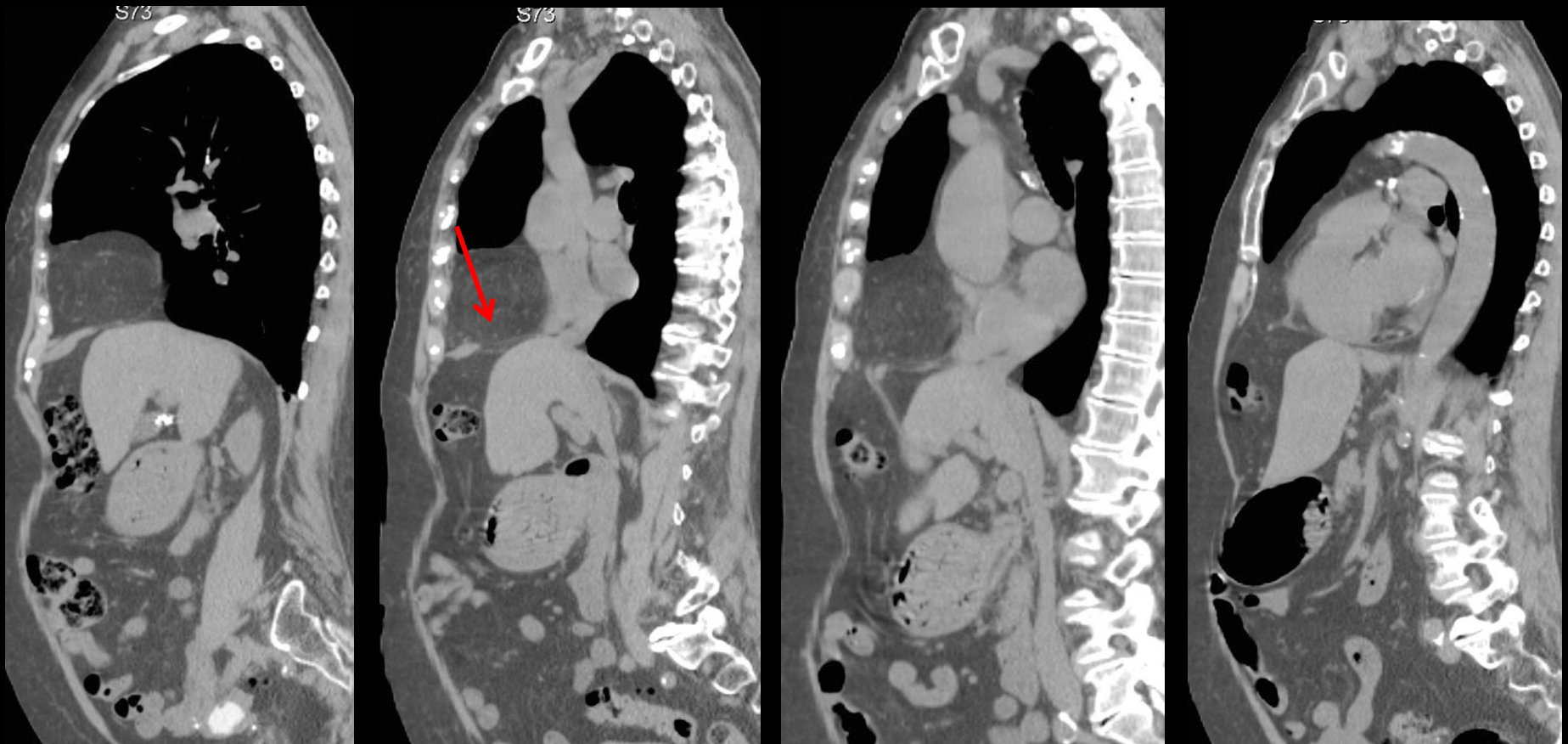
on pourrait évoquer : une frange graisseuse péricardique hypertrophiée , un **lipome** voire un **liposarcome bien différencié** ...mais un élément sémiologique précieux, bien mis en valeur par les travaux de B. Coulier ,va nous permettre d'affirmer le diagnostic.

On observe en effet des images vasculaires régulièrement réparties dans la masse graisseuse et coupées perpendiculairement à leur grand axe ou dans leur grand axe selon le niveau, qui correspondent aux **veines épiploïques** ,permettant d'affirmer que la structure graisseuse et bien **le grand omentum**



les reformations coronales antérieures montrent très clairement :

- le large diastasis séparant les faisceaux antérieurs du diaphragme insérés à la face profonde de l'auvent sterno-chondro-costal
- les veines du grand omentum tout comme celle du mésocôlon transverse sont verticalisées
- le côlon transverse a une position haut située et un trajet incurvé à concavité inférieure qui confirme son attraction vers le thorax , à la suite du grand omentum



les reformations sagittales confirment l'ascension du grand omentum dans le thorax, entraînant celle du côlon transverse , la verticalisation d'une mésocôlon transverse.

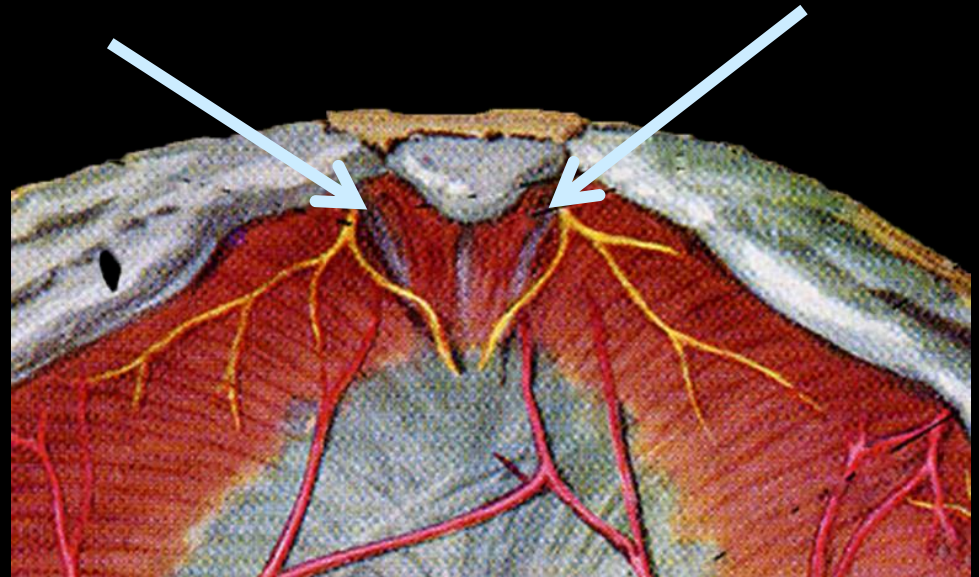
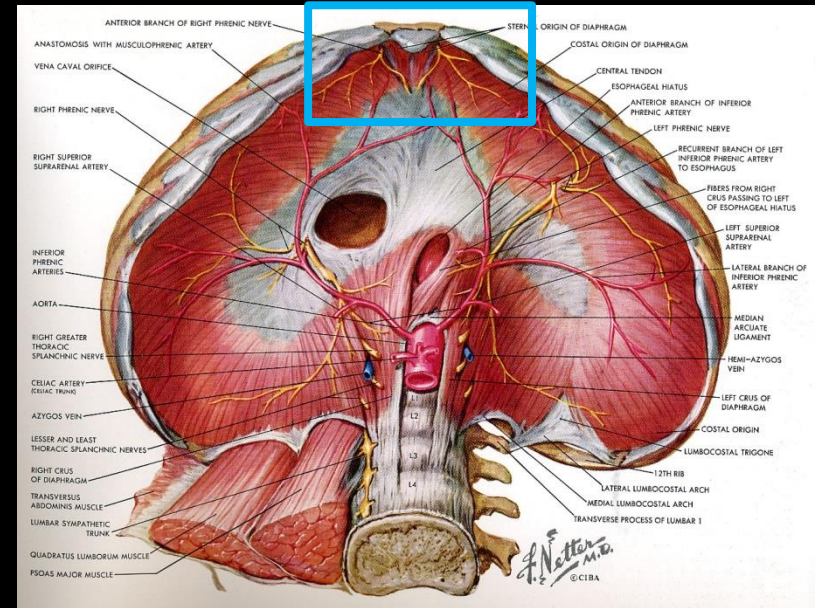
Le diagnostic est donc celui de hernie diaphragmatique antérieure au **hernie de Morgagni** ou **hernie de la fente de Larrrey**

les hernies de Morgagni ou hernies de la fente de Larrey

les hernies diaphragmatiques antéro-médiales rétro-sterno-costales représentent **3 % de toutes les hernies diaphragmatiques traitées chirurgicalement**.

elles se développent à travers un défaut décrit à la fois par Morgagni et par Larrey, qui est un espace triangulaire en relation avec un **défaut de fusion entre les tractus musculo-fibro-tendineux du diaphragme qui s'insèrent dans la région de l'appendice xiphoïde et du rebord costal antérieur** en avant pour rejoindre le tendon central du diaphragme en arrière.

cet espace potentiel est dénommé **foramen de Morgagni ou fente de Larrey**. l'artère thoracique interne (artère mammaire interne) accompagnée de ses veines et des lymphatiques satellites le traverse pour devenir ensuite l'artère épigastrique.



La hernie de Morgagni est souvent considérée comme congénitale. Cependant de nombreux cas isolés et de petites séries de hernies de Morgagni acquises , développées chez l'adulte ont été rapportés.

la hernie de Morgagni est une entité rare chez l'adulte avec une **prévalence de seulement 0,17 %**, son histoire naturelle mal connue, sa présentation clinique et radiologique peut être trompeuse et il n'y a pas de stratégie thérapeutique définitivement établie.

70 % des patients sont des femmes. La hernie de Morgagni est **plus commune du côté droit (90 % des cas)** malgré la protection par le foie. Le défaut a classiquement une plus grande dimension transversale qu'en antéro-postérieur

Presque tous les organes abdominaux de la cavité péritonéale peuvent être trouvés dans une hernie de Morgagni mais le grand omentum seul (31 % des cas) ou accompagné par le colon (29 %) représente le contenu le plus commun. L'estomac (11 %) et le foie (4 %) peuvent aussi être trouvés dans le sac herniaire . Les patients chez lesquelles l'estomac est hernié sont considérés comme potentiellement plus exposés à des symptômes sérieux que les autres.



*femme, 89 ans
asymptomatique*

*Grosse hernie
de Morgagni , a
contenu
essentiellement
intestinal*



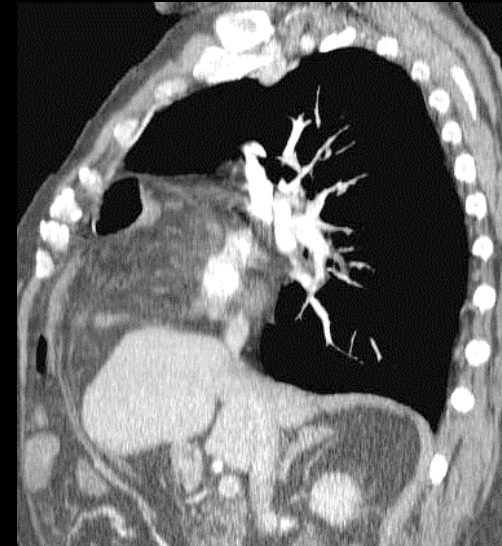
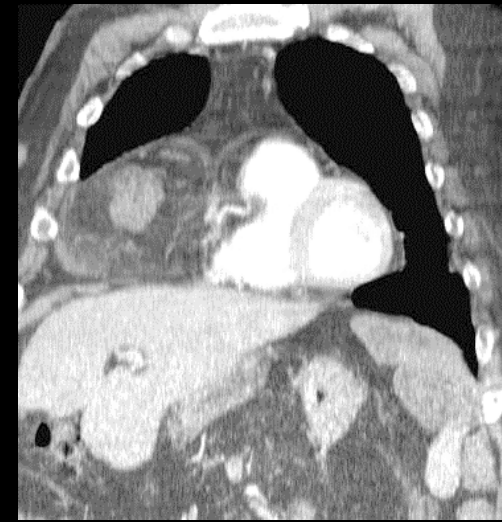
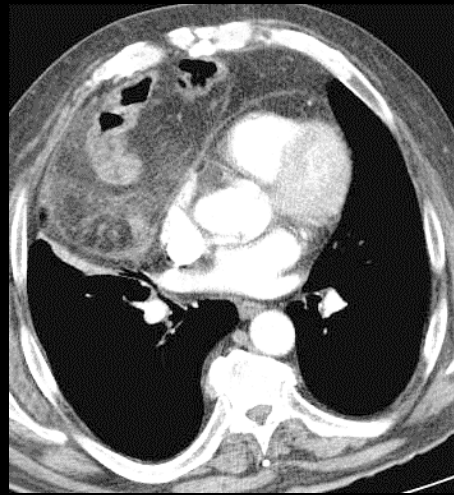
. La grossesse, la toux chronique, les traumatismes, l'obésité, la constipation chronique sont des facteurs prédisposant cités dans la littérature.

La plupart des hernies de Morgagni sont asymptomatiques et les symptômes surviennent principalement chez les patients qui ont des viscères creux inclus dans la hernie.

En pratique, la plupart des hernies de Morgagni sont découvertes de façon accidentelle.

Classiquement la réparation des hernies de Morgagni est indiquée lorsque le diagnostic est posé en raison du risque d'incarcération et de strangulation des organes abdominaux.

Même si le sac herniaire ne paraît contenir que du grand omentum,, la correction chirurgicale est considérée comme indiquée mais l'âge des patiente et le risque opératoire motivent une attitude conservatrice dans la plupart des cas.



*homme 61 ans asymptomatique sur le plan pulmonaire.
Bilan très opératoire d'un carcinome vésical.
volumineuse hernie de Morgagni à contenu
essentiellement omental et colique*

messages à retenir

- la présence d'une image para cardiaque droite dans l'angle cardio-phrénique chez un sujet de 70 ans et en particulier chez une femme, doit faire penser à une hernie diaphragmatique antérieure : hernie de Morgagni ou de la fente de Larrey.

- il s'agit d'une protrusion d'une partie du contenu abdominal, dans la cage thoracique à la faveur d'un diastasis progressif des faisceaux musculaires antérieurs du diaphragme

- selon les circonstances, et de façon variable au cours du temps, on peut trouver de grosses modifications du contenu.

si le contenu est homogène, il y a de grandes chances pour que le grand omentum soit le composant essentiel

si l'on observe des clartés digestives ou des structures de type intestinal, elles sont généralement associées au grand omentum et le segment digestif est dans la grande majorité des cas le colon transverse.

- tous les organes abdominaux peuvent pratiquement se retrouver au sein d'une telle hernie, y compris une partie du foie ou la vésicule biliaire.

- en principe, les hernies diaphragmatiques antérieures constituent des indications chirurgicales devant le risque de complications à type de strangulation ; dans la pratique la majorité des cas n'est pas opérée en raison du caractère asymptomatique et du risque chirurgical.