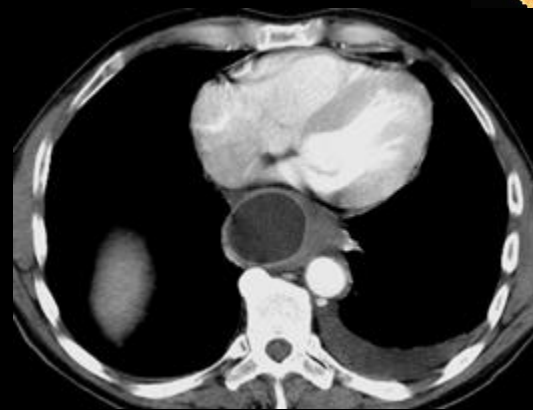
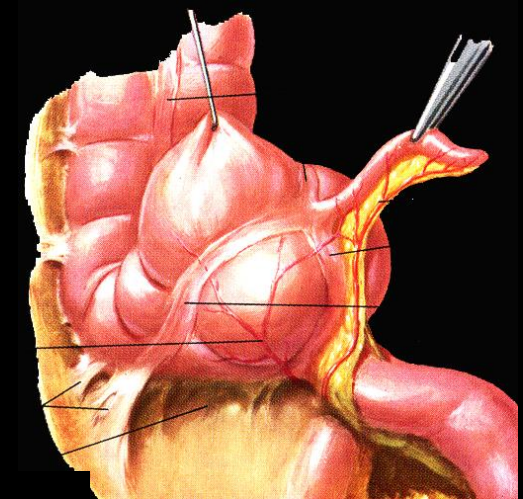
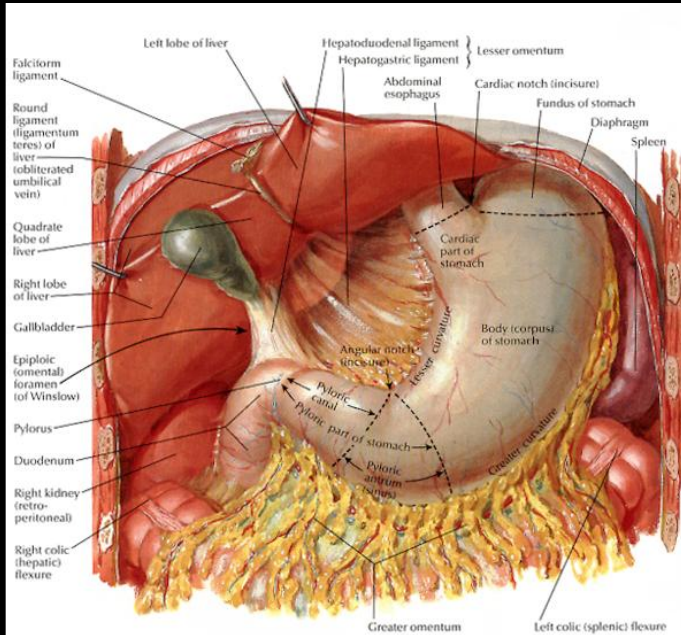


Anatomie du péritoine



C. SELLAL

E. MATHIAS

Service de Radiologie Adultes, Hôpital de Brabois

Service de Médecine Nucléaire, Hôpital de Brabois

Avril 2013

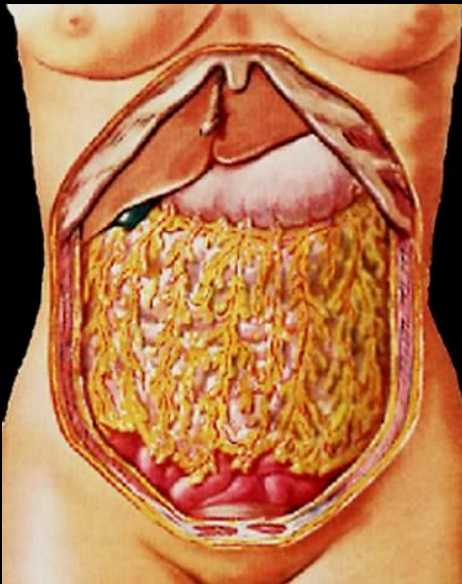
Avril 2013

1. bases anatomiques et physiopathologiques de l'imagerie du péritoine



péritoine "radiologique"

- séreuse péritonéale
feuillet viscéral + feuillet pariétal
- vaisseaux
- structures lymphatiques
- graisse +++



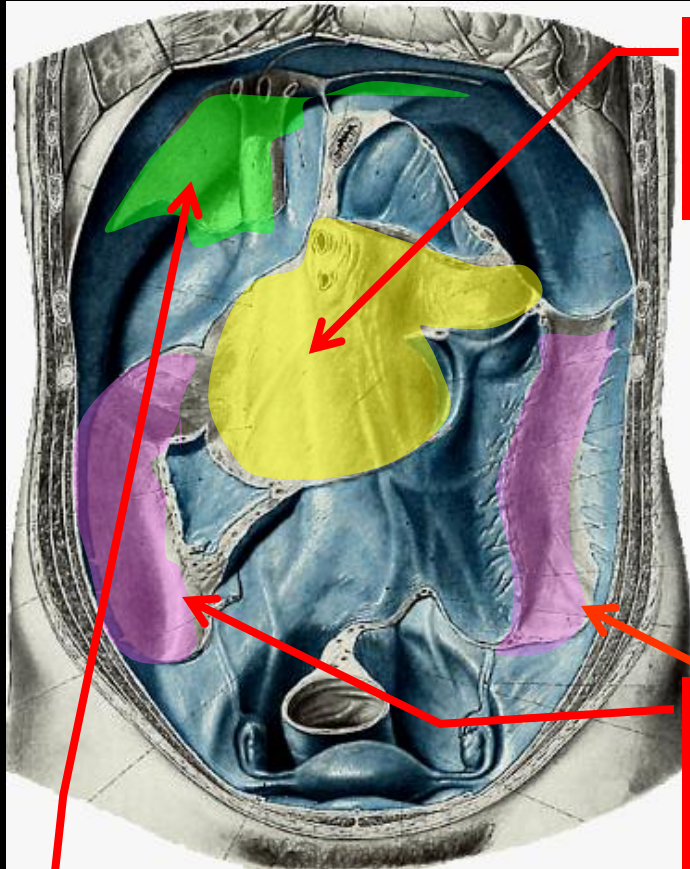
quelle est la différence entre mésos et ligaments



les mésos sont des feuillets péritonéaux destinés aux **segments restés mobiles** (cad non accolés) du tube digestif ; ils ont donc une insertion pariétale postérieure ou racine : mésentère (intestin grêle) , mésocolon transverse , mésosigmoïde , **mésorectum...**)

le grand omentum est très riche en formations lymphoïdes :
Omental **A**ssociated **L**ymphoid **T**issue ; **OALT**

au cours du développement embryonnaire, un certain nombre de structures vont se disposer dans un plan frontal (coronal) et deviennent rétropéritonéales



bloc duodéno
pancréatique
(fascia de
Treitz)

colons ascendant
(droit) et
descendant
(gauche)
(fascias de
Toldt D et G)

ligament coronaire du foie
(ancrage postérieur du foie)
zone non péritonisée du foie
(area nuda ; bare area)

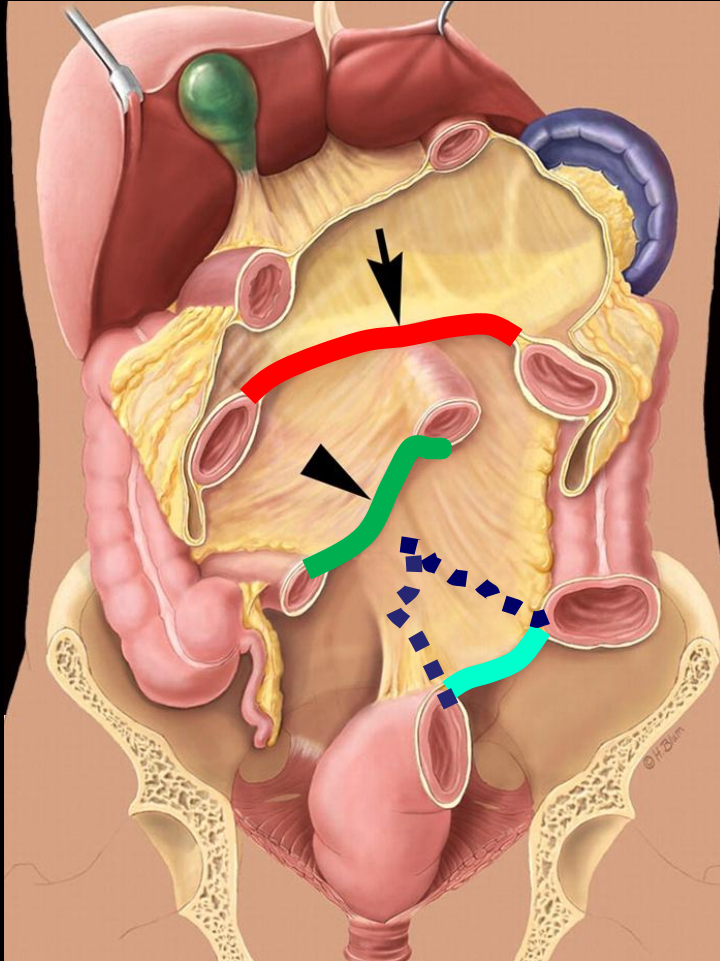


les segments digestifs "libres" (non accolés) ont un **méso** :

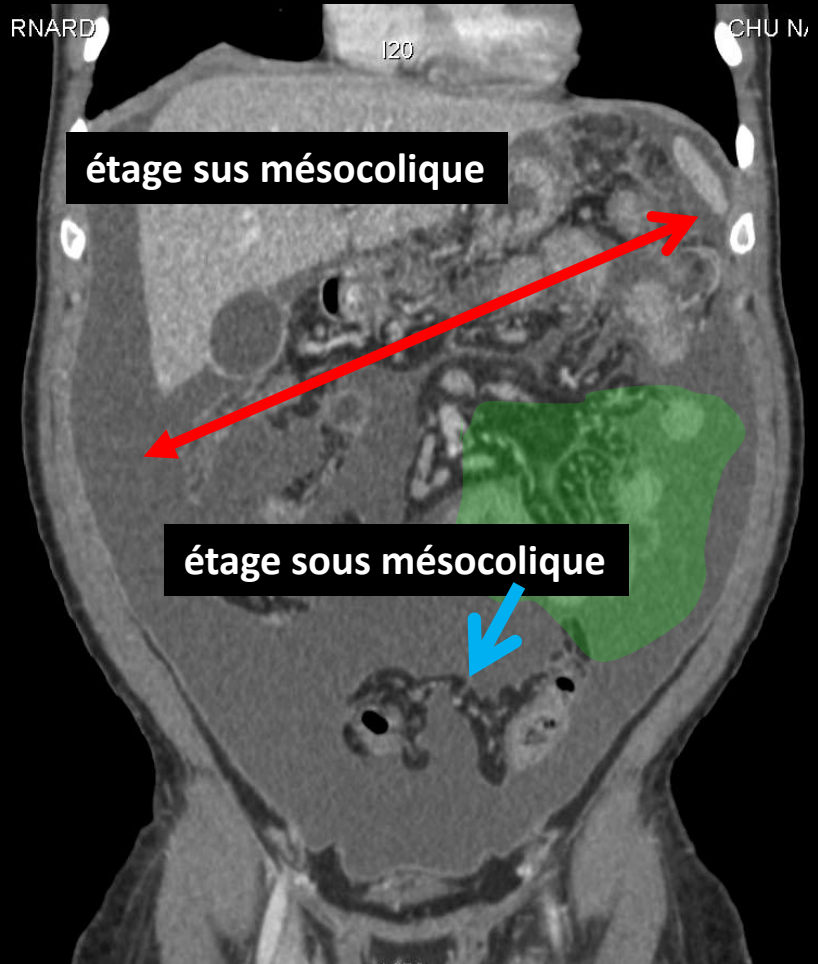
- colon transverse : mésocolon transverse
- intestin grêle : mésentère
- sigmoïde : mésosigmoïde

les 3 mésos s'insèrent sur le péritoine pariétal postérieur par leurs racines respectives dont il faut connaître la situation

racine du mésocolon transverse

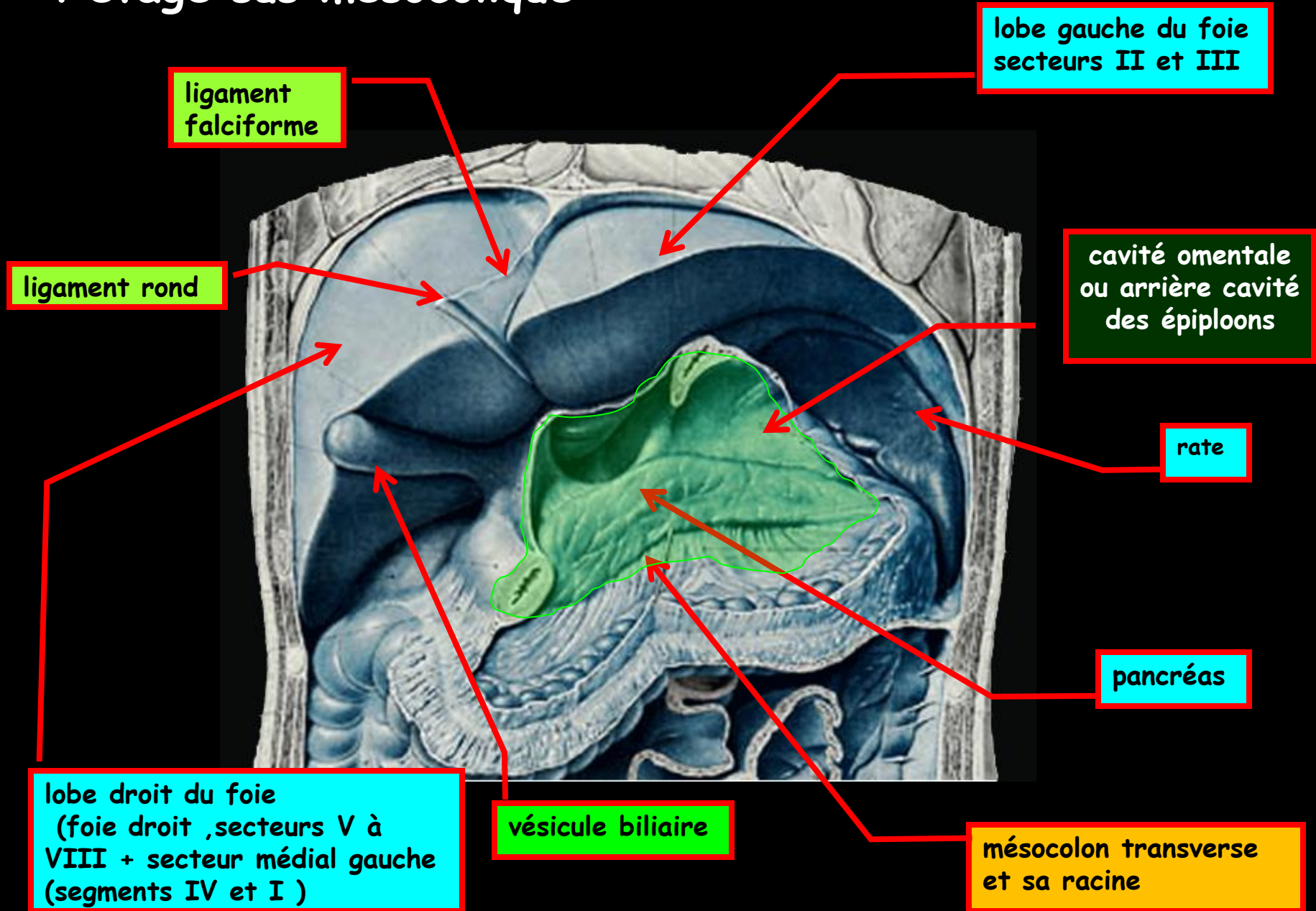


racine du mésentère



mésosigmoïde

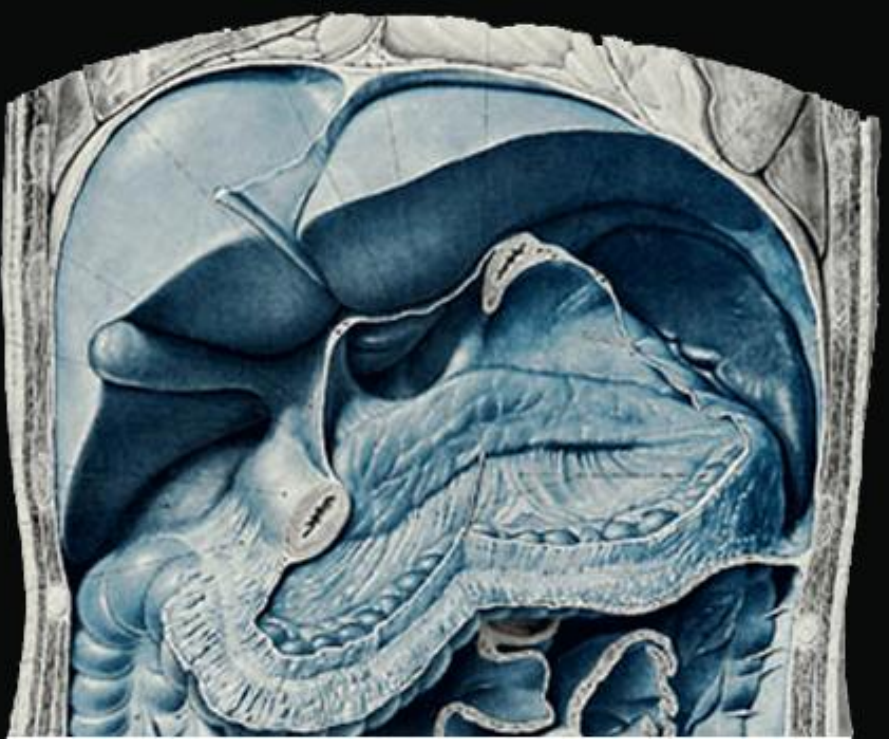
l'étage sus mésocolique



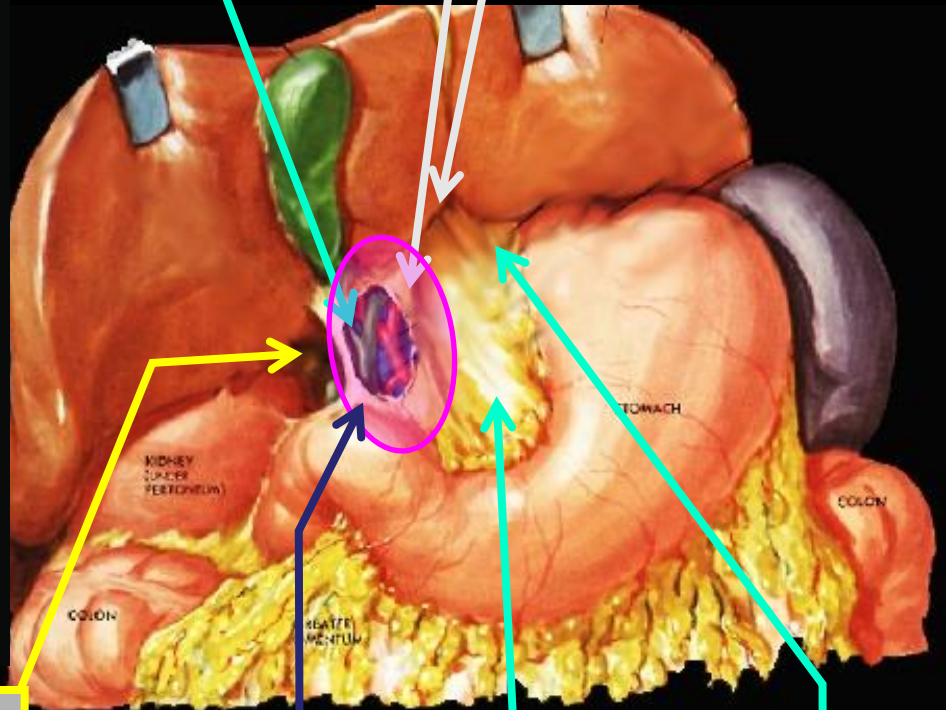
pars pediculosa du petit omentum
(petit épiploon)
ligament hépato-duodénal

hile du foie

sillon veineux
d'Arantius



foramen omental ou hiatus de Winslow
entrée du vestibule de la cavité omentale ou
arrière cavité des épiploons



pédicule
hépatique

pars flaccida du petit omentum

ligament hépato-gastrique

pars condensata du petit omentum

ligament
falciforme

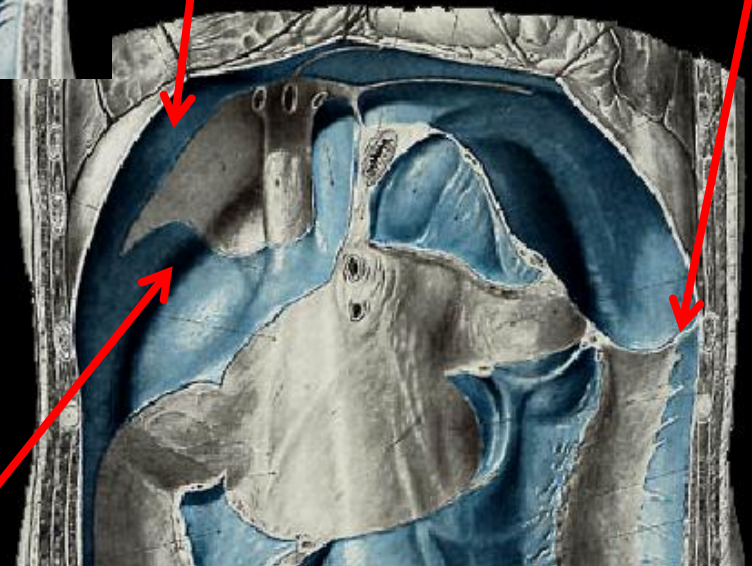
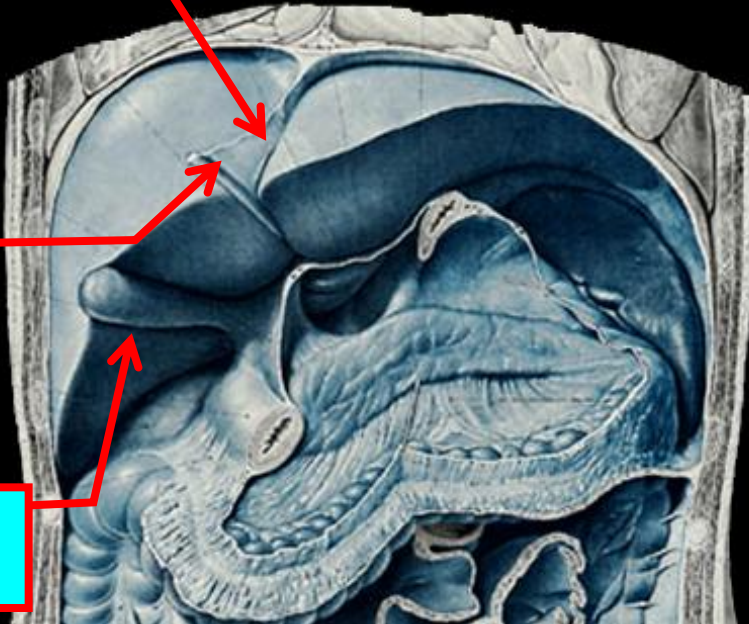
ligament rond

espace sous hépatique
antérieur droit

espace sous phrénique
droit

ligament suspenseur de
l'angle colique gauche
(sustentaculum lienis)

poche de Morison (espace sous
hépatique postérieur)



CT axial



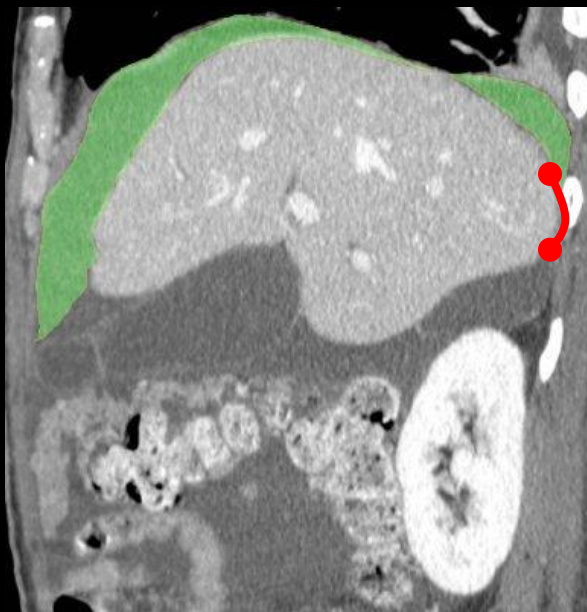
CT MPR
frontale



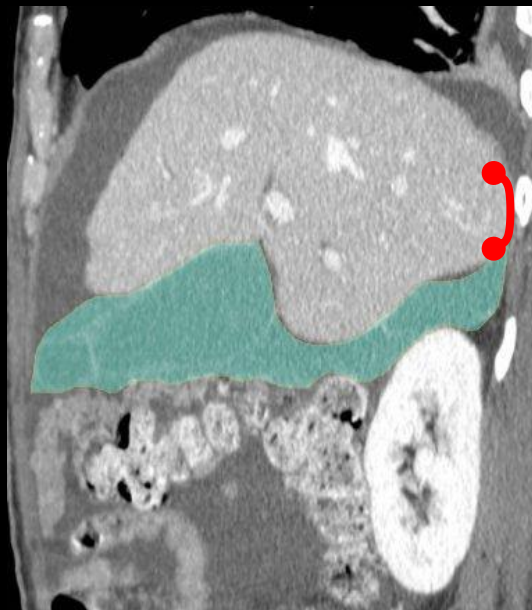
CT MPR
sagittale

volumineux pneumopéritoine :

à l'étage sus mésocolique, le "silhouettage" du
ligament falciforme ou ligament suspenseur du
foie par le gaz est le meilleur signe !!!

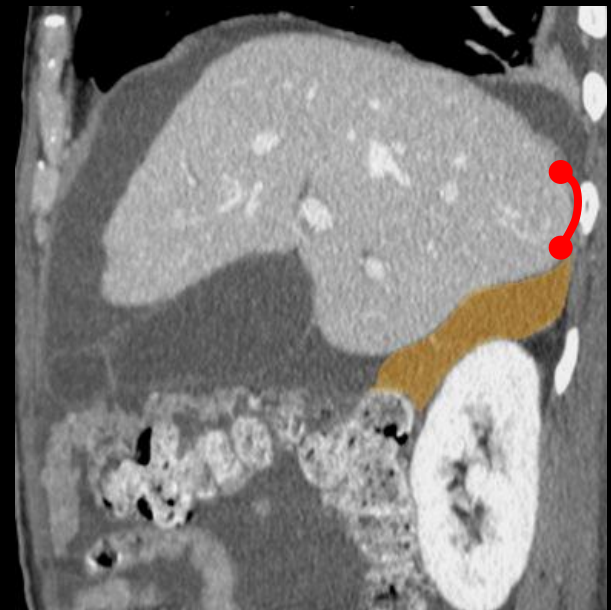


espace sous-
phrénique droit

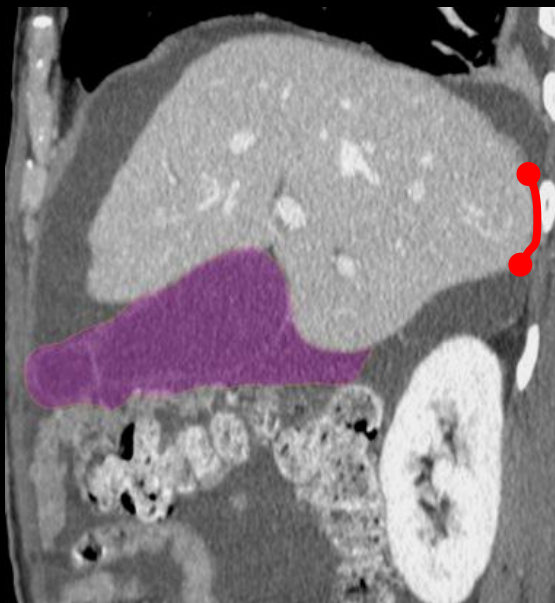


area nuda

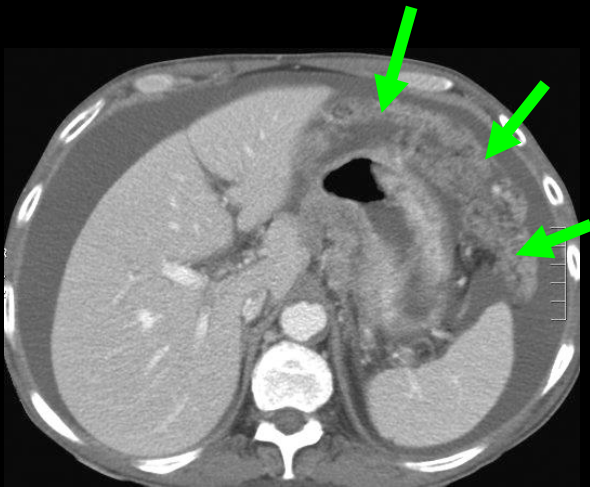
espace sous-hépatique



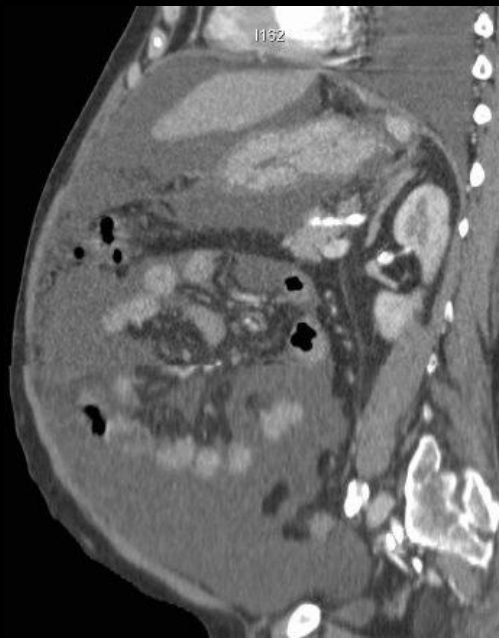
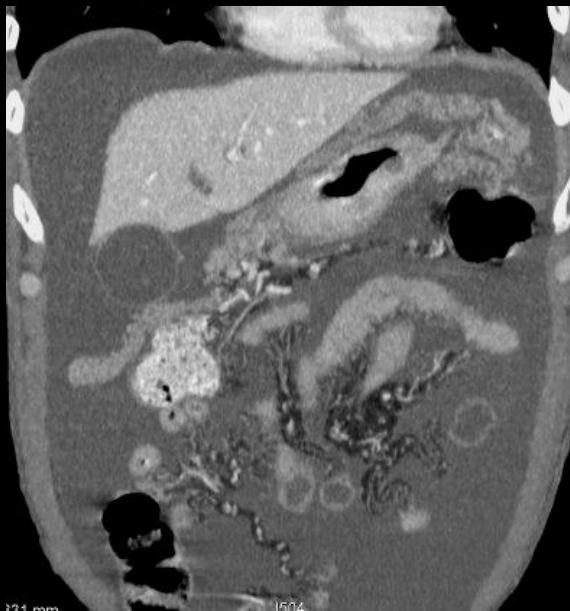
espace sous hépatique
postérieur ou poche de
Rutherford MORRISON
(1853-1939)



espace sous
hépatique
antérieur

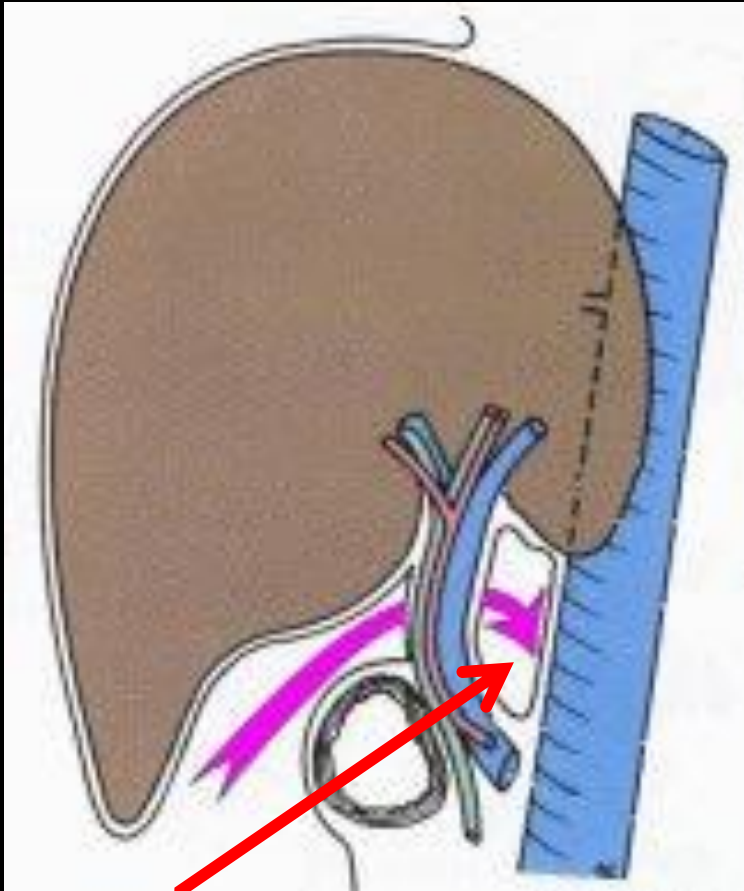


grand omentum
(grand épiploon)
et
ligament gastro-colique

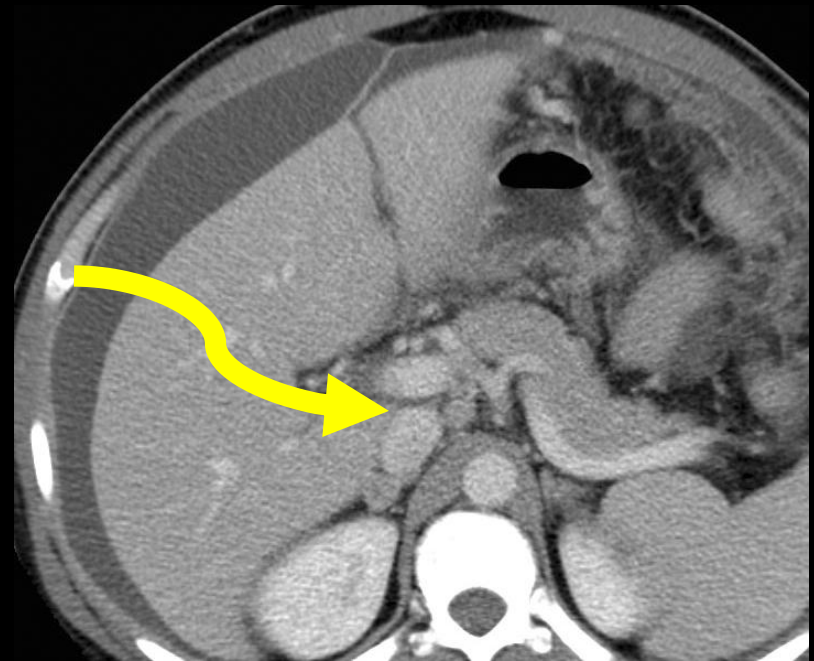


méso colon transverse

CT MPR



le foramen omental ou
hiatus de Winslow



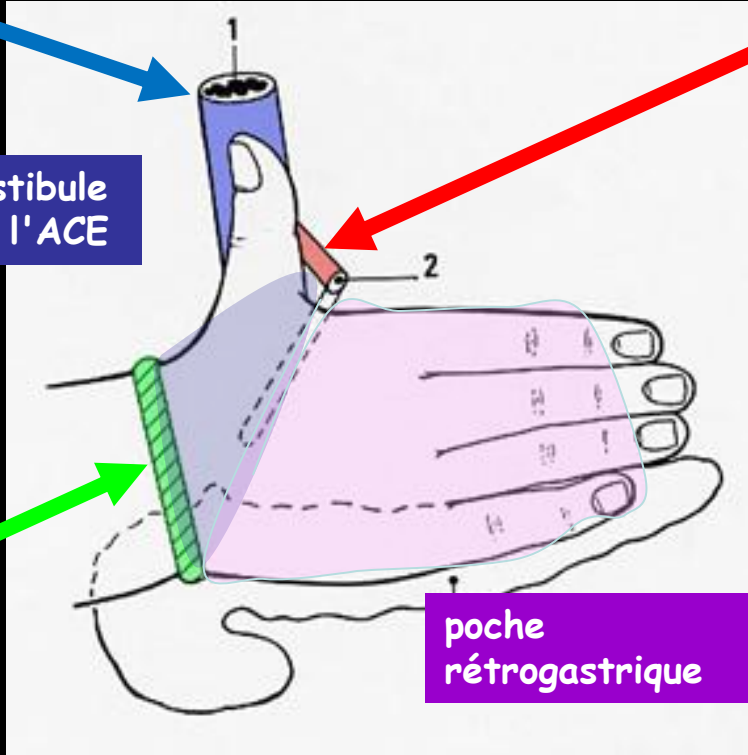
entre le tronc porte (et les autres
éléments du pédicule hépatique en
avant : artère hépatique propre et
VBP)

et la VCI en arrière

VCI

artère
gastrique
gauche

vestibule
de l'ACE



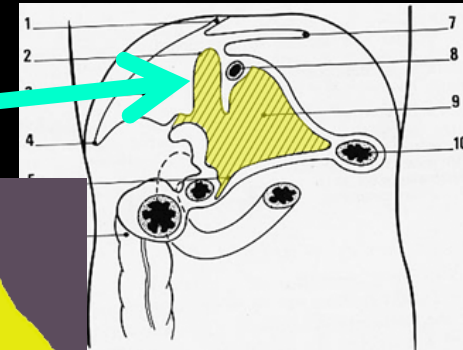
poche
rétrogastrique

foramen de Winslow

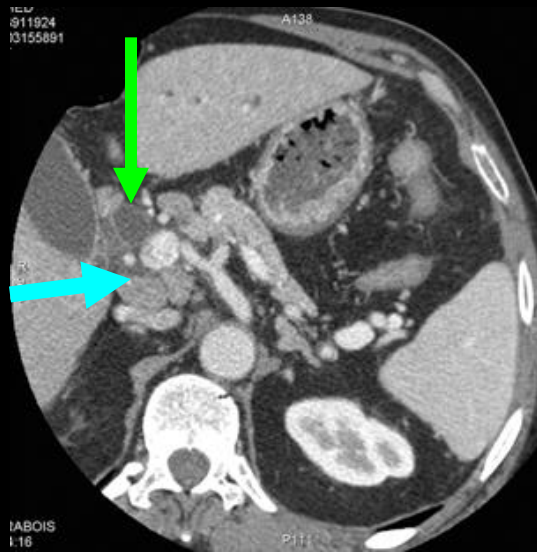
la "handy method" de
WJ Dodds AJR 1985



récessus supérieur
du vestibule de
l'arrière cavité
des épiploons



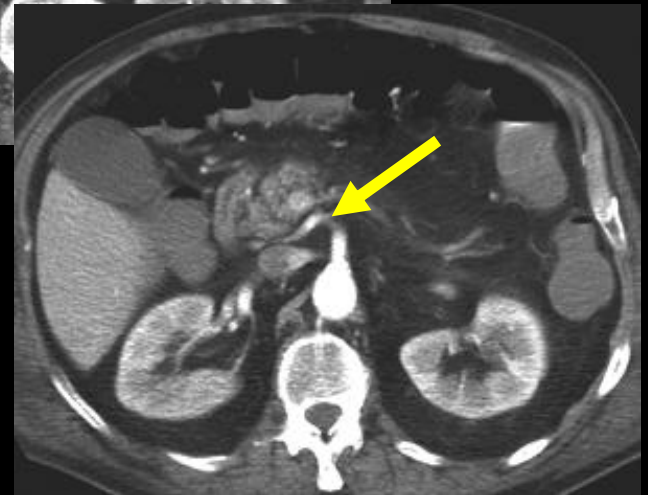
Le foramen omental : point-clé de la lecture de l'étage sus mésocolique



dilatation VBP et
adénopathies pédiculaires
adk pancréas céphalique



artère hépatique droite



adénopathies Hodgkin



l' étage sous mésocolique

colon transverse
et son méso

ligament suspenseur de
l'angle colique gauche
(sustentaculum lienis)

colon droit
ou
ascendant

gouttière pariéto
colique gauche

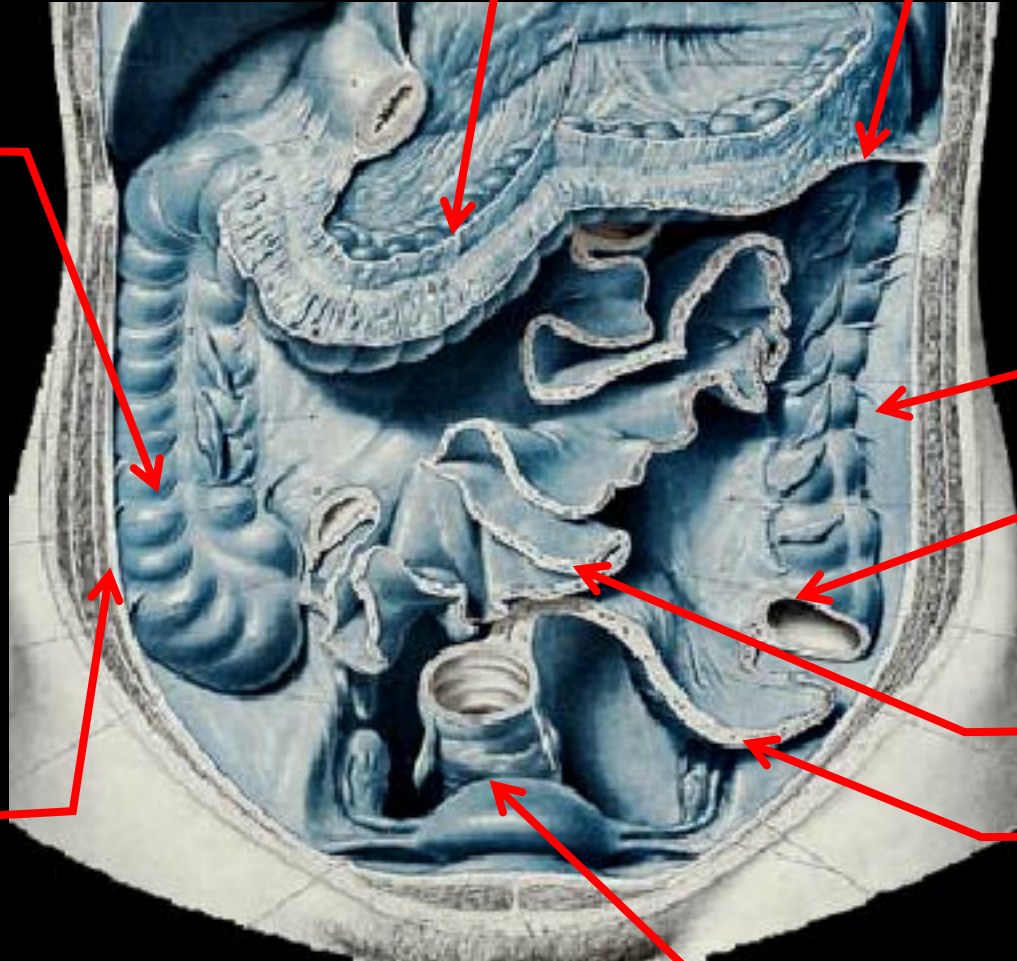
colon gauche ou
descendant

mésentère

mésosigmoïde

charnière recto-
sigmoïdienne

gouttière pariéto
colique droite



insertion du grand omentum

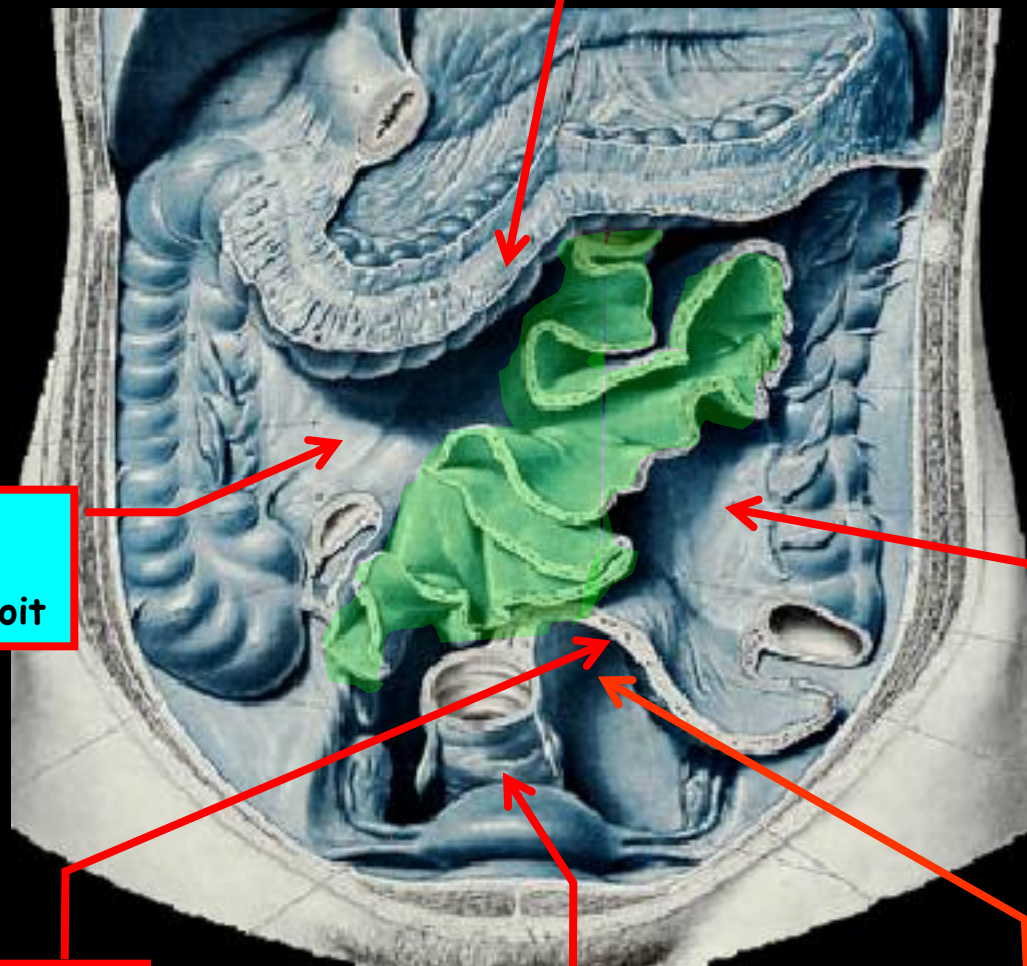
espace
sous(infra)
mésocolique droit

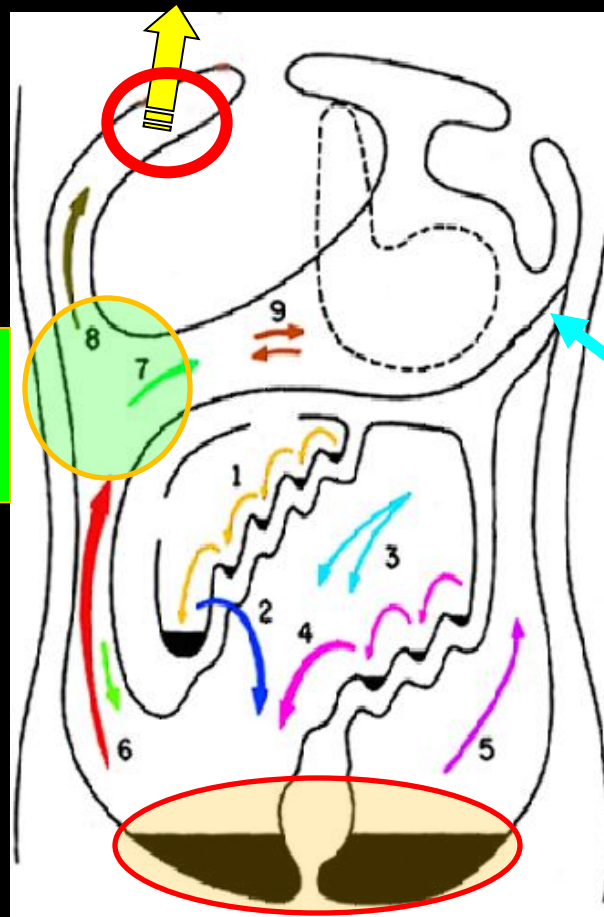
espace
sous(infra)
mésocolique
gauche

fossettes
latéro-rectales

cul de sac
de Douglas

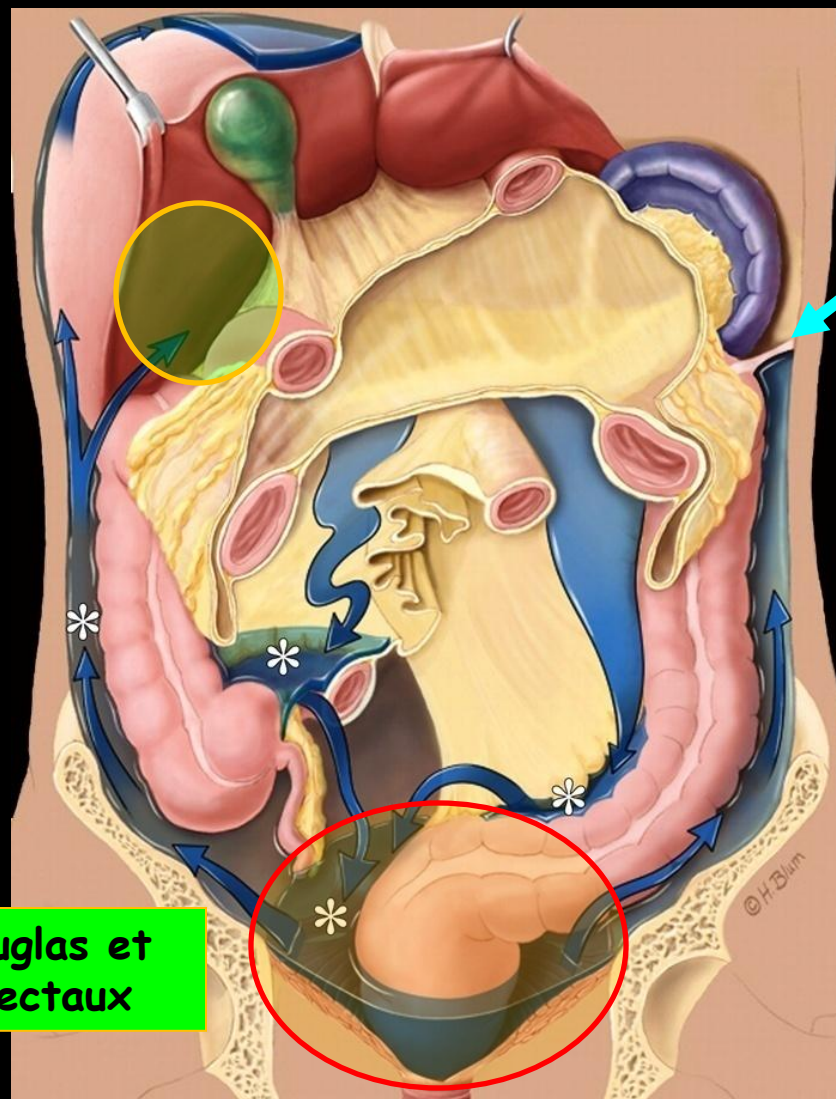
fossette inter sigmoïdienne





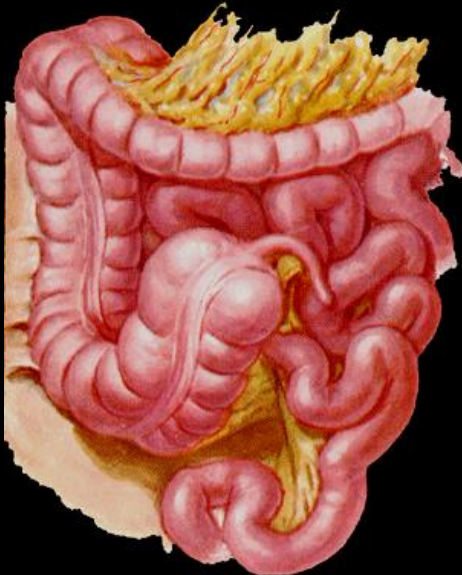
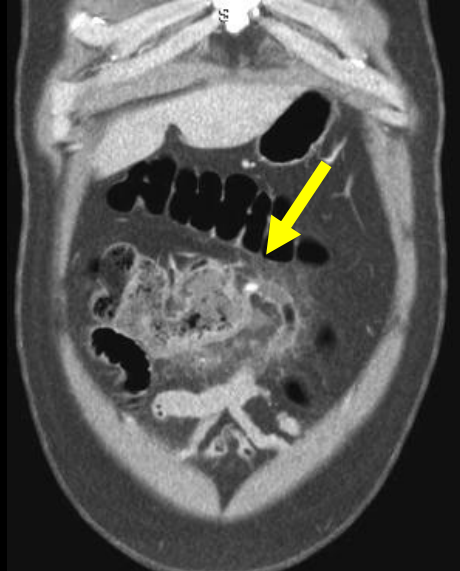
poche
de
Morison

cul de sac de Douglas et
récessus latéro rectaux



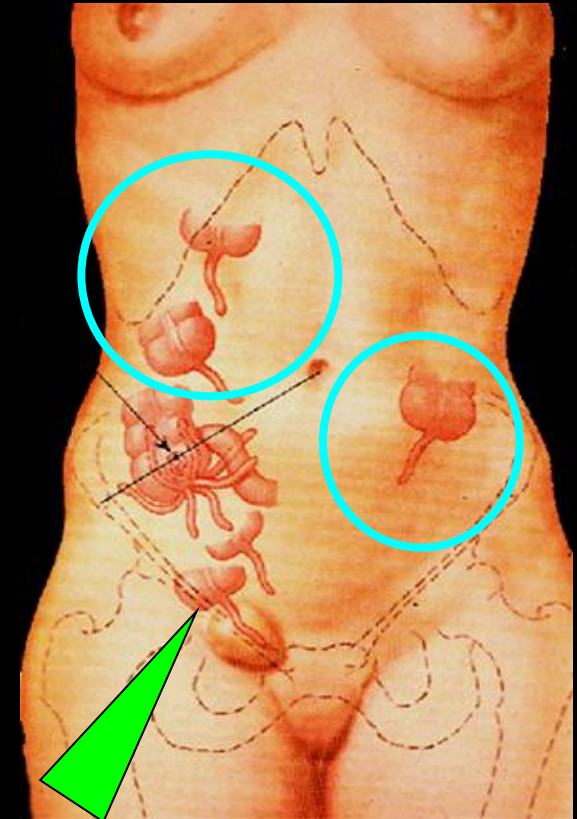
les éléments anatomiques et les données physiologiques (variations de pression liées à la **respiration** et localisation dans les **zones "déclives"** des collections liquidiennes) expliquent les "points chauds" à surveiller dans la cavité péritonéale

dans l'étage sous mésocolique , (le plus délicat)
toujours commencer par repérer le caecum



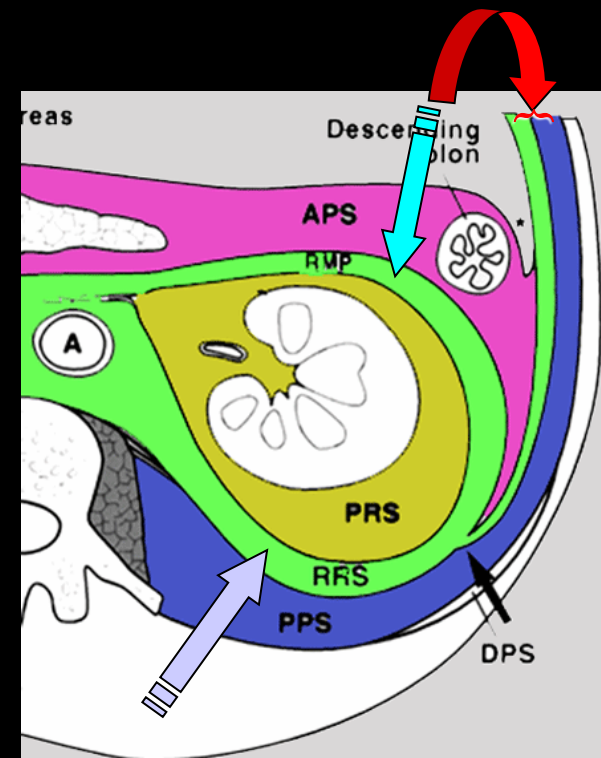
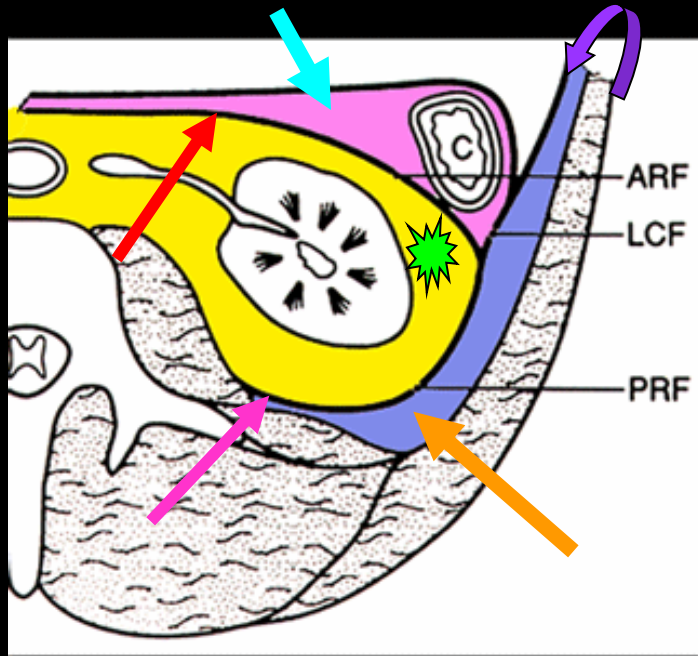
appendicite méso coeliaque sur
caecum mobile par défaut
d'accolement du fascia de Toldt
droit

- .hernie du hiatus omental (Blandin)
- .volvulus du caecum
- .mésentère commun complet et incomplet (volvulus du grêle)



le caecum est la région du colon
la plus mobile (caeco-ascendant
mobile , malrotation de l'anse
intestinale primitive ..) et la
plus facilement identifiable .
l'appendice "suit" le caecum !)

2.le rétro péritoine : compartiments et fascias



espace para rénal antérieur

fascia rénal antérieur

espace péri rénal

fascia rénal postérieur

espace para rénal postérieur

fascia latéro conal

espace interfascial
antérieur, rétro mésentérique

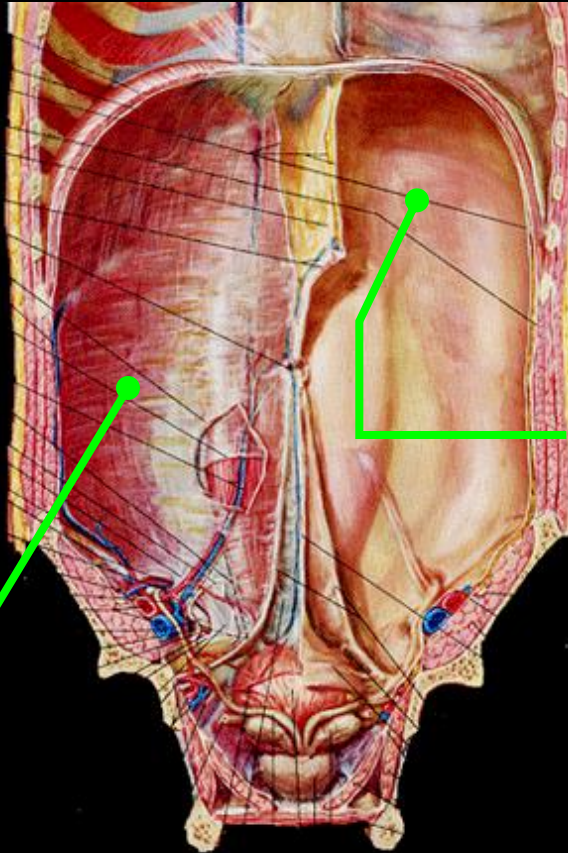
espace interfascial
postérieur, rétro rénal

communiquant tous avec l'espace sous
(pro)-péritonéal antérieur

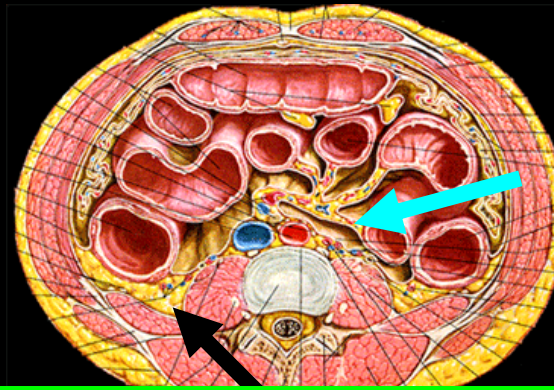
conception ancienne M Meyers et coll.

conception actuelle R Gore et coll.

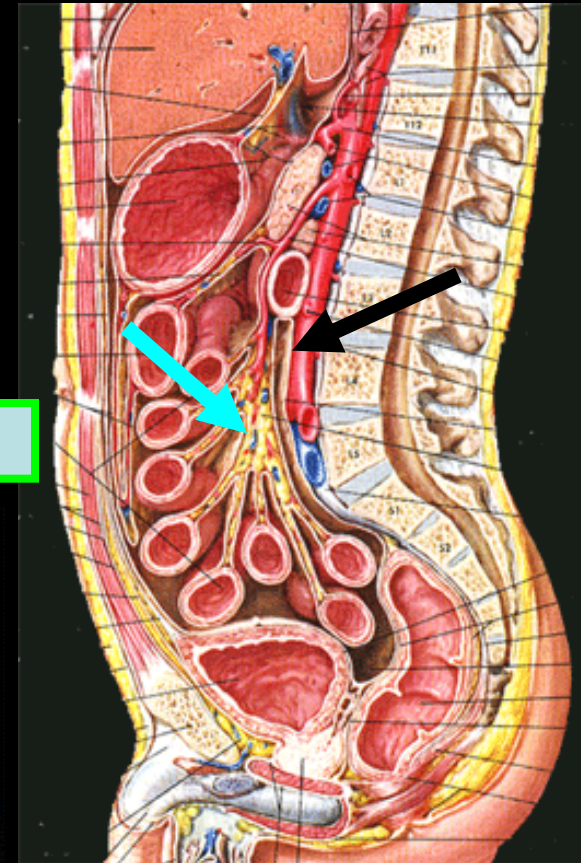
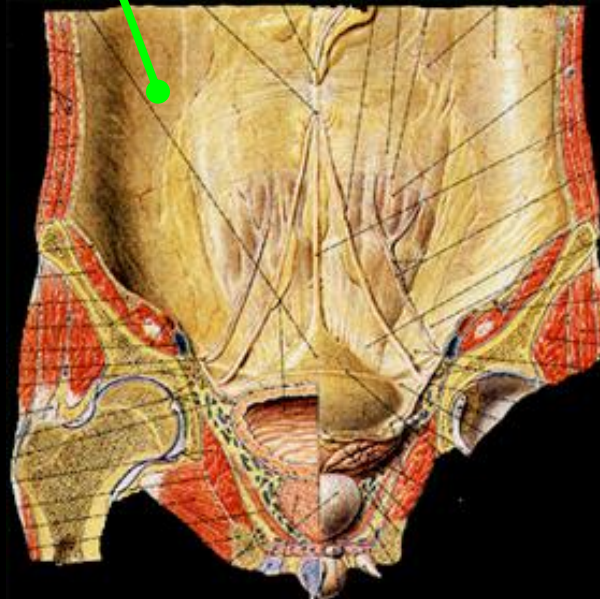
les fascias (transversalis , diaphragmatique , des muscles iliaques et du carré des lombes...) couvrent la face interne de la paroi ostéo-musculaire de l'abdomen



fascia transversalis



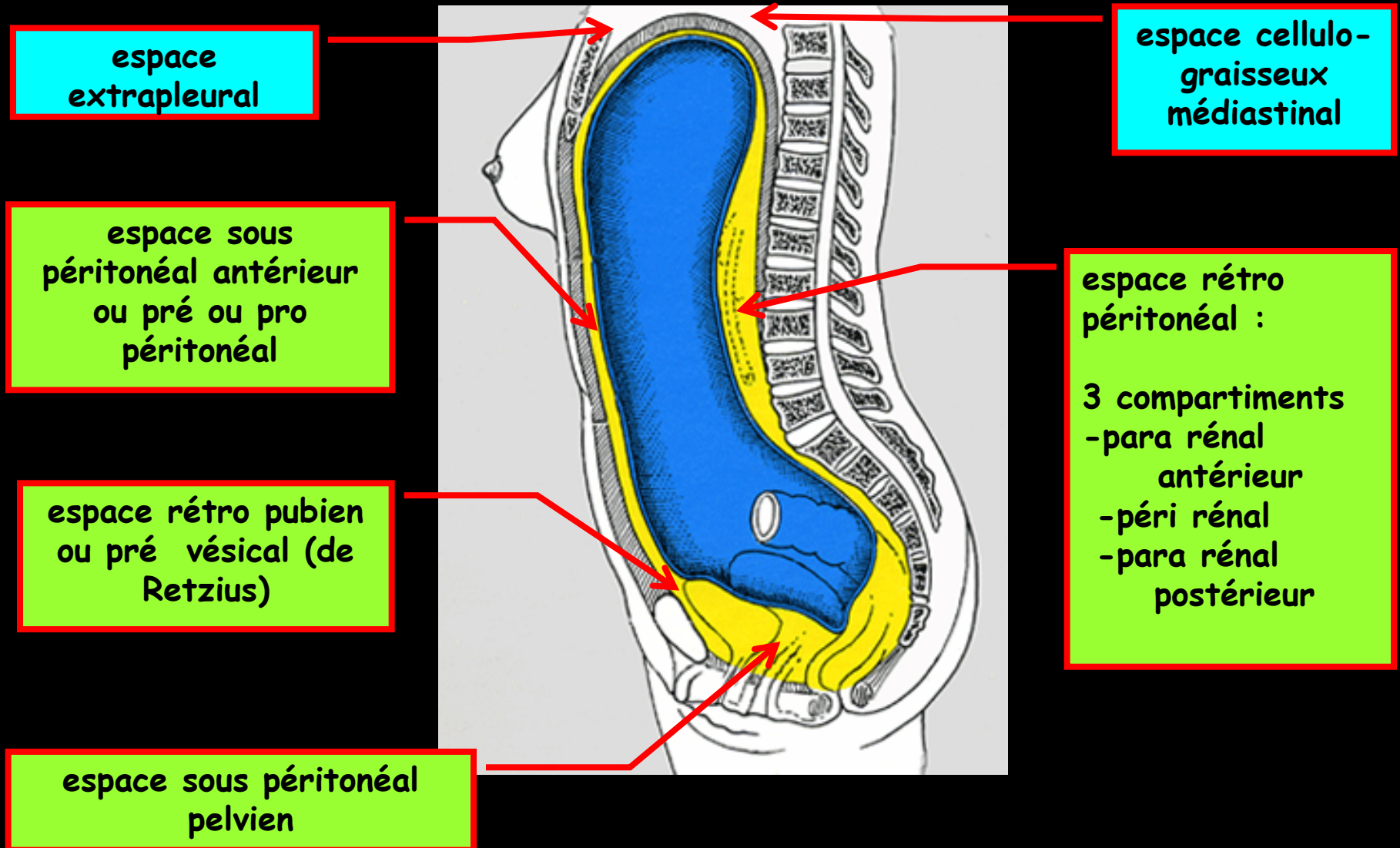
péritoine pariétal antérieur

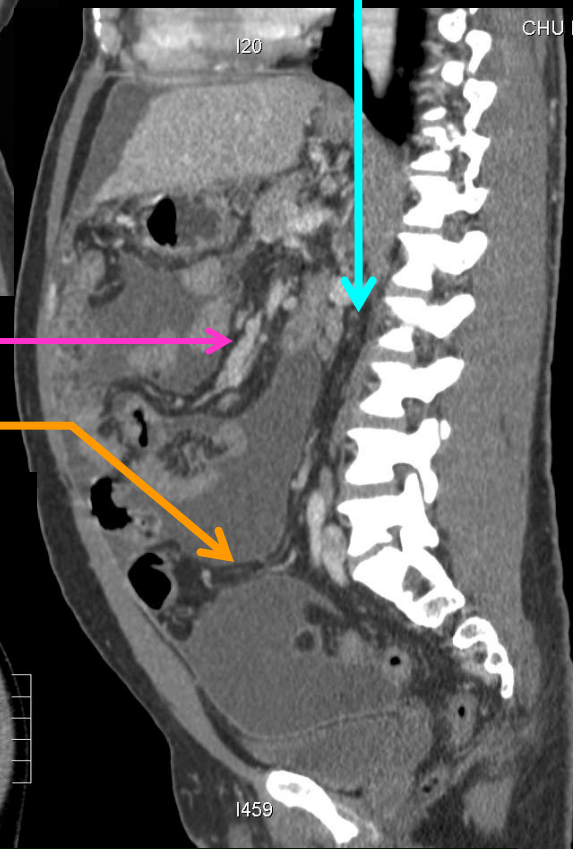
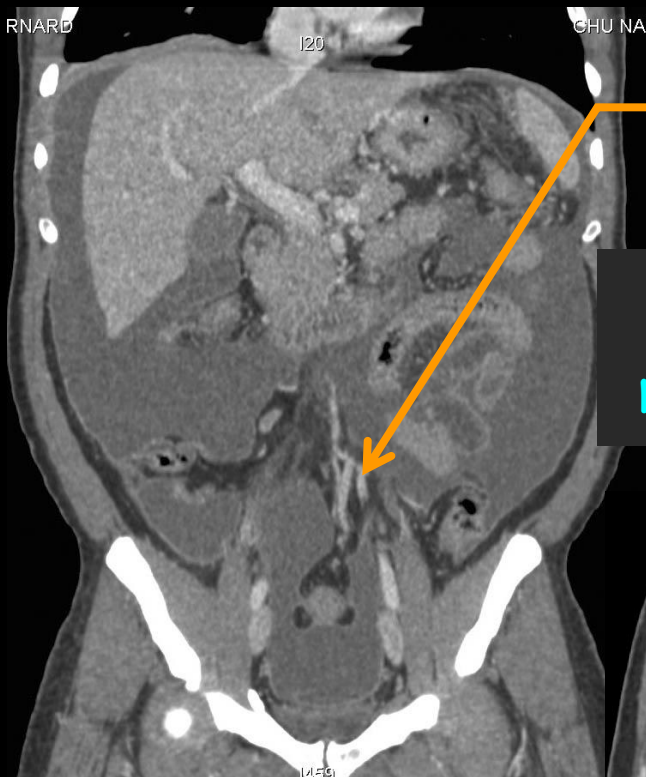
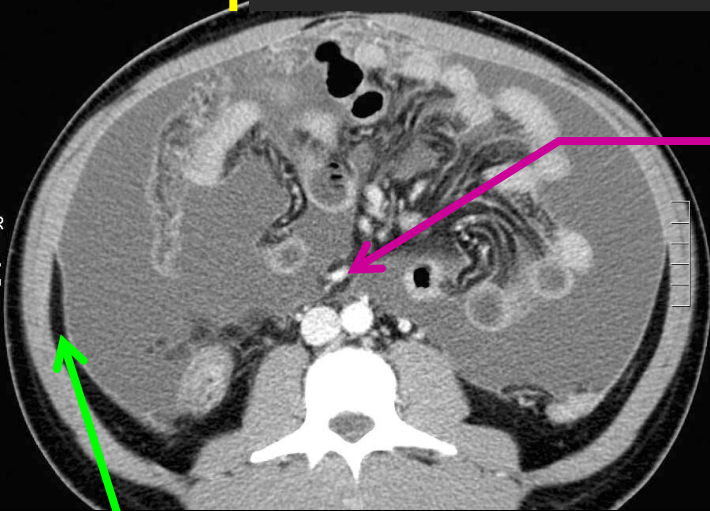
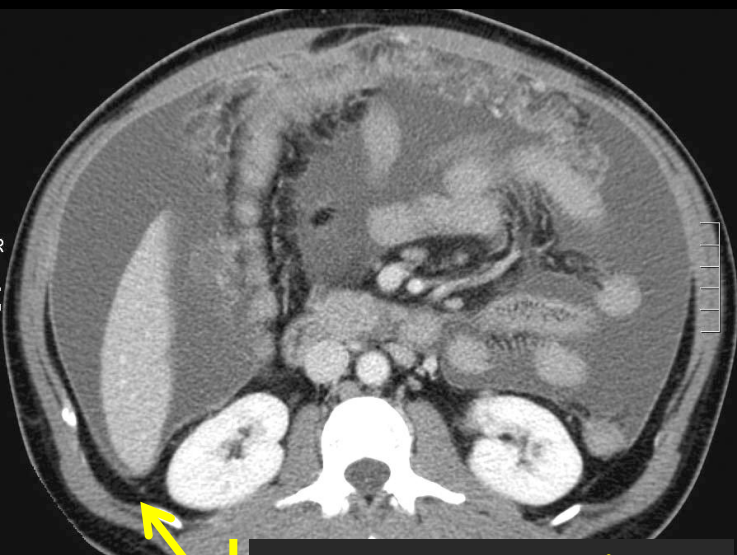


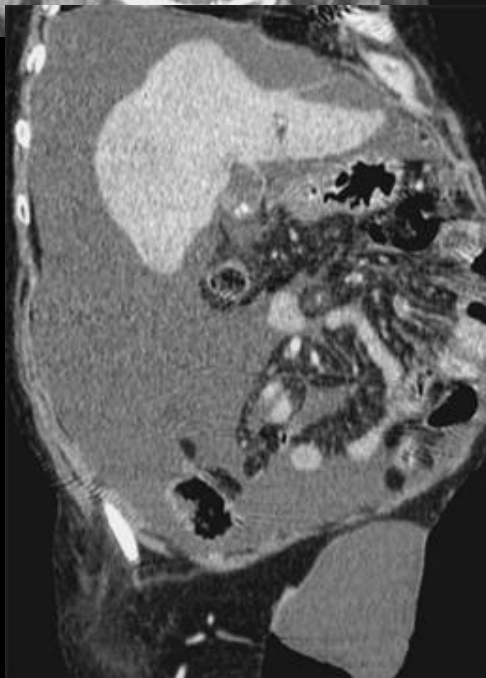
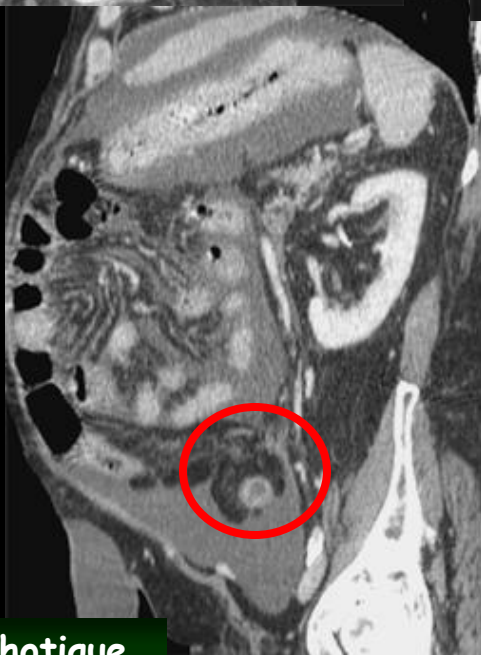
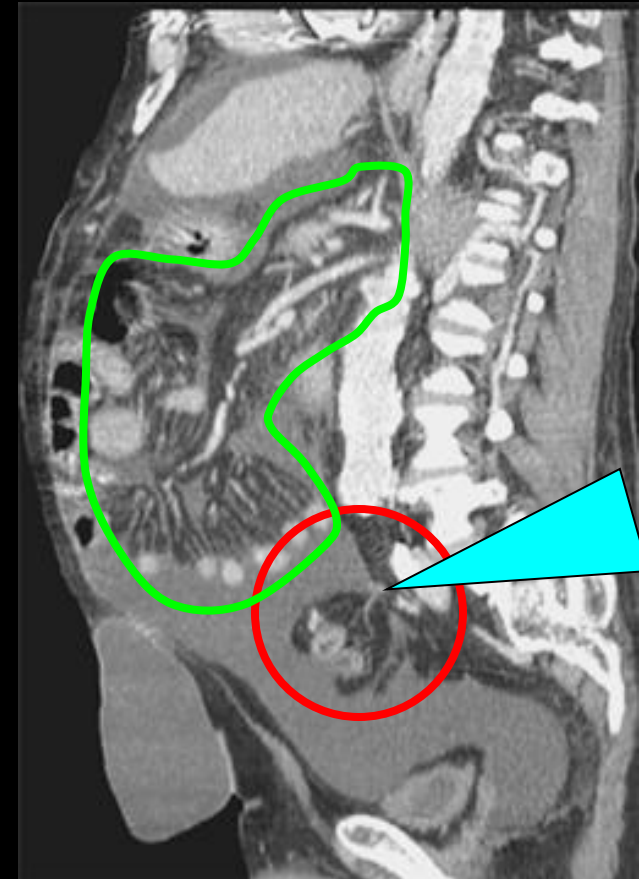
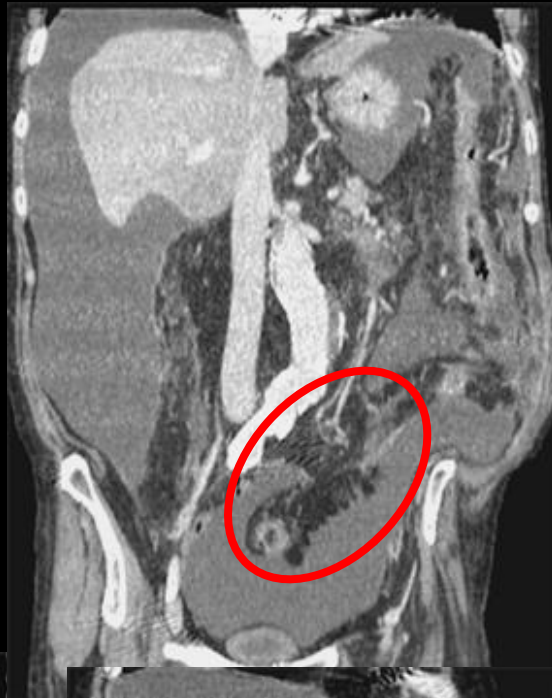
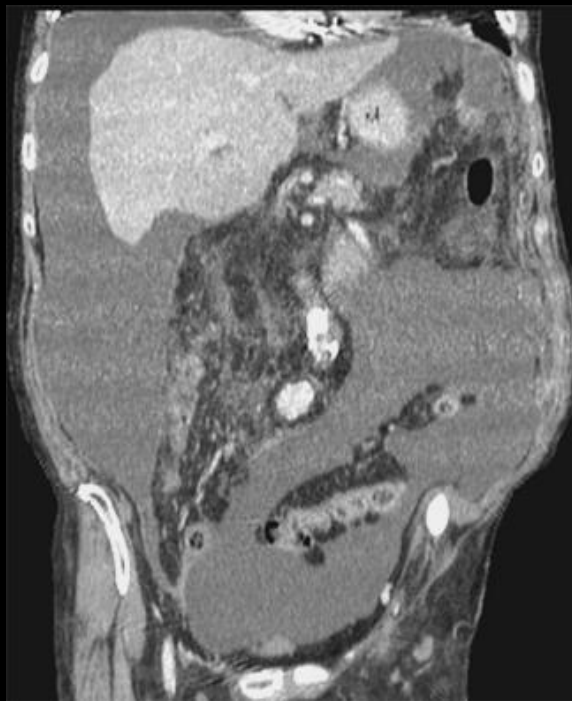
espace sous péritonéal
péri vasculaire

espace rétropéritonéal

3. les espaces cellulo-grasieux du tronc

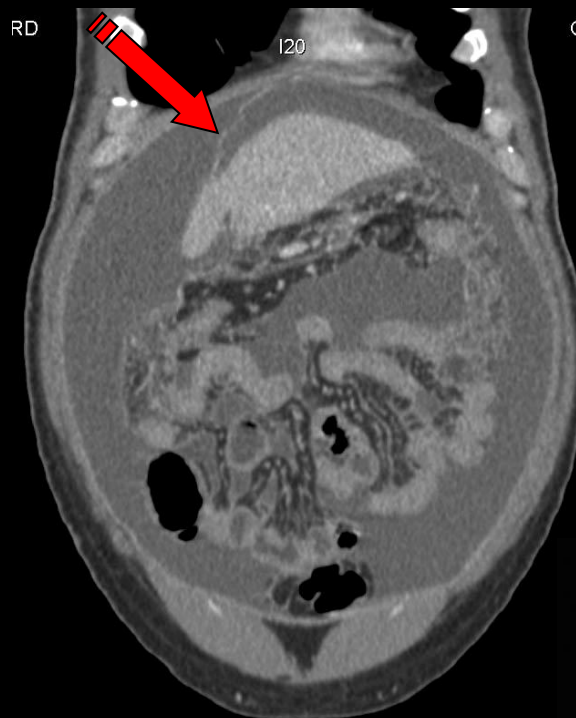
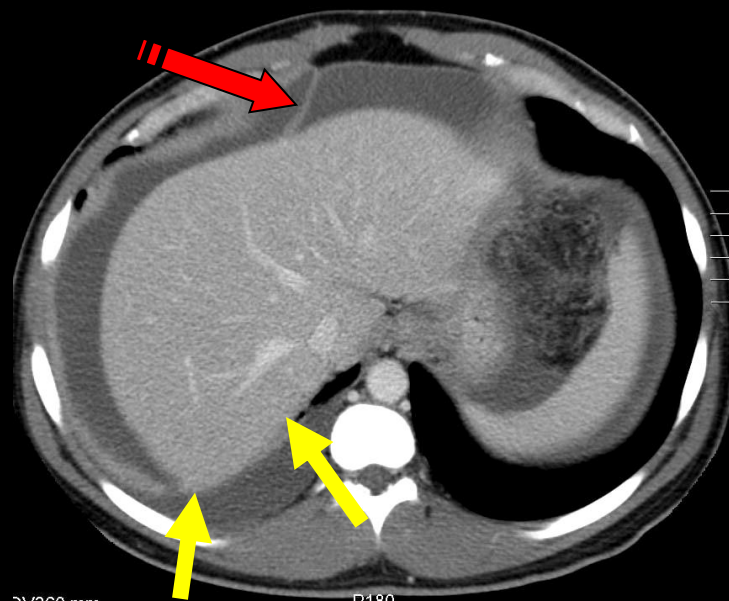




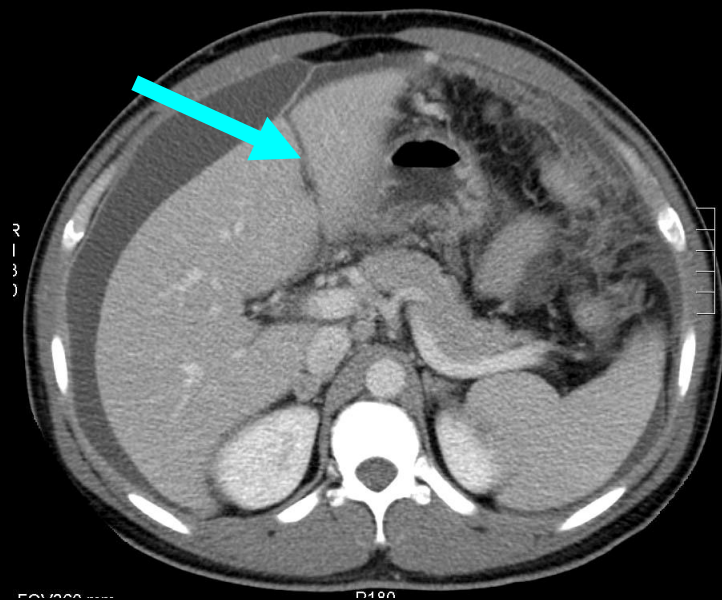


l'espace sous péritonéal du
mésentère et
du méso sigmoïde en continuité
avec l'espace para rénal
antérieur et les autres
compartiments de l'espace rétro
péritonéal

ascite cirrhotique



test anatomie

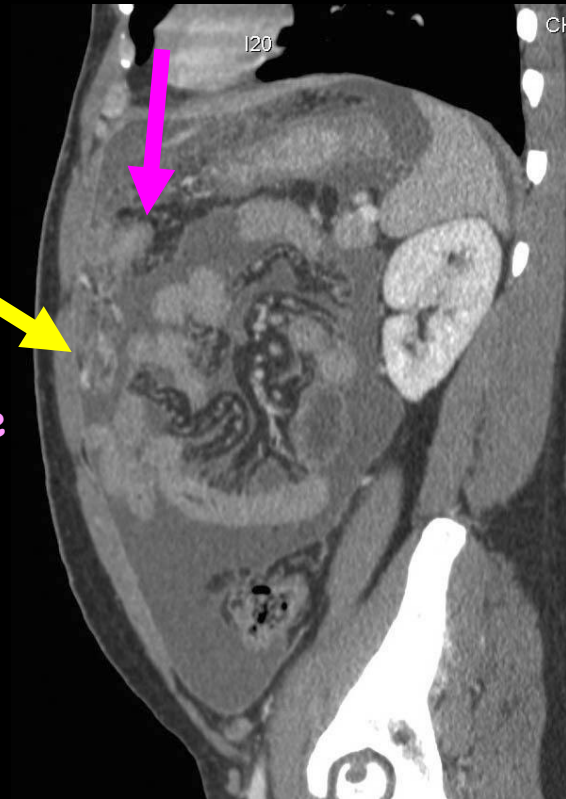
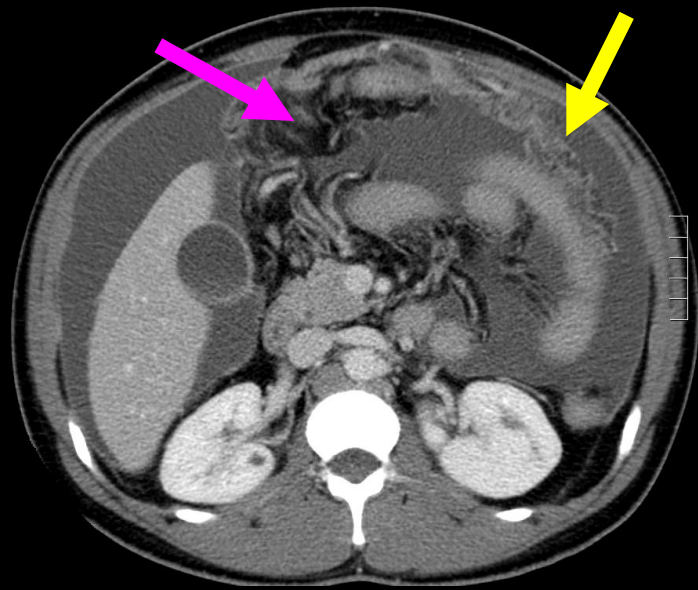
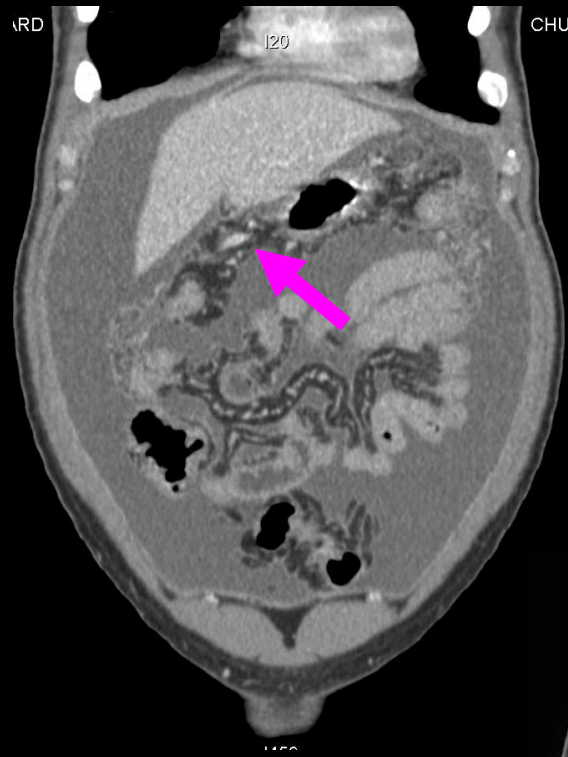
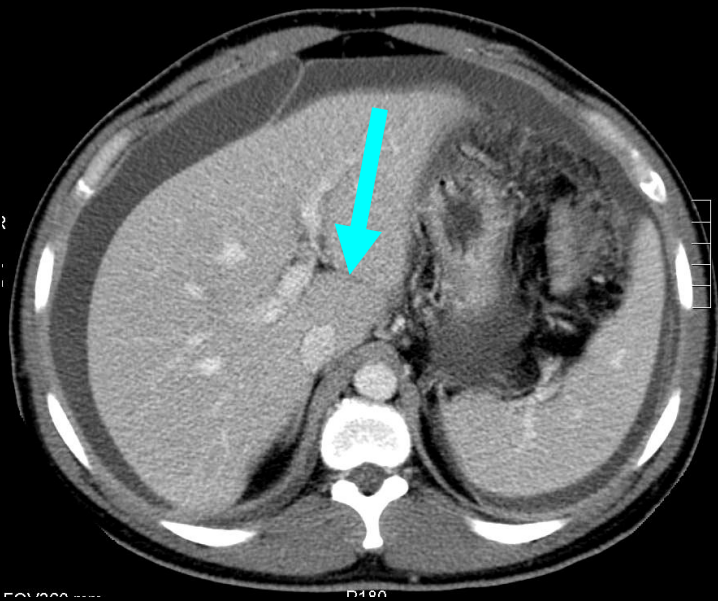


ligament falciforme

area nuda (bare area)

ligament rond

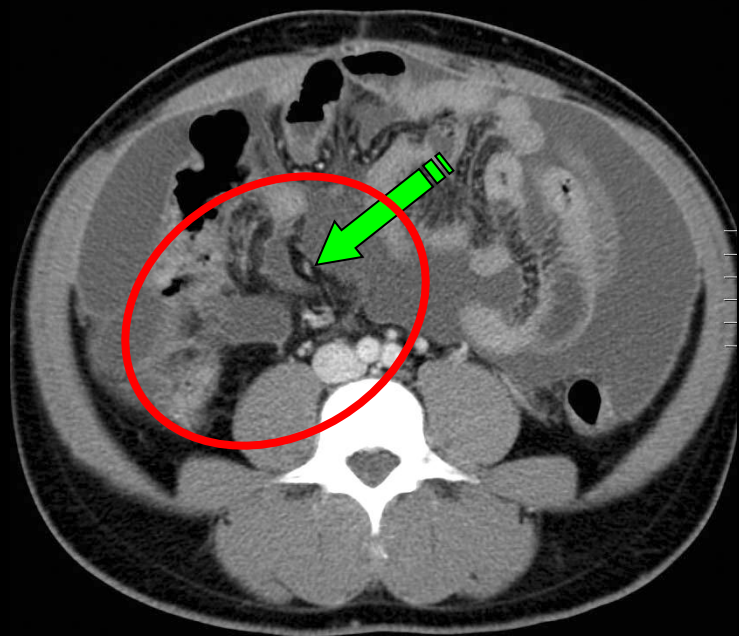
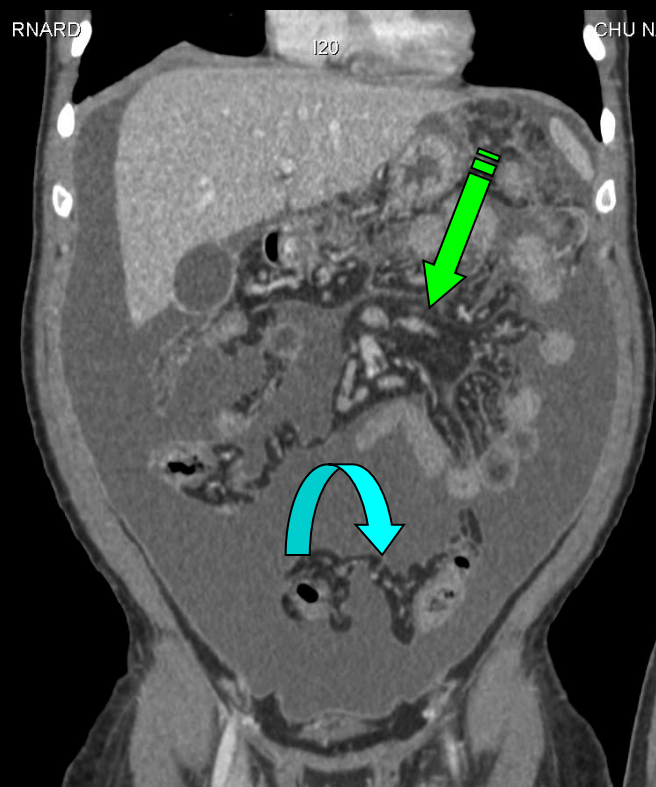
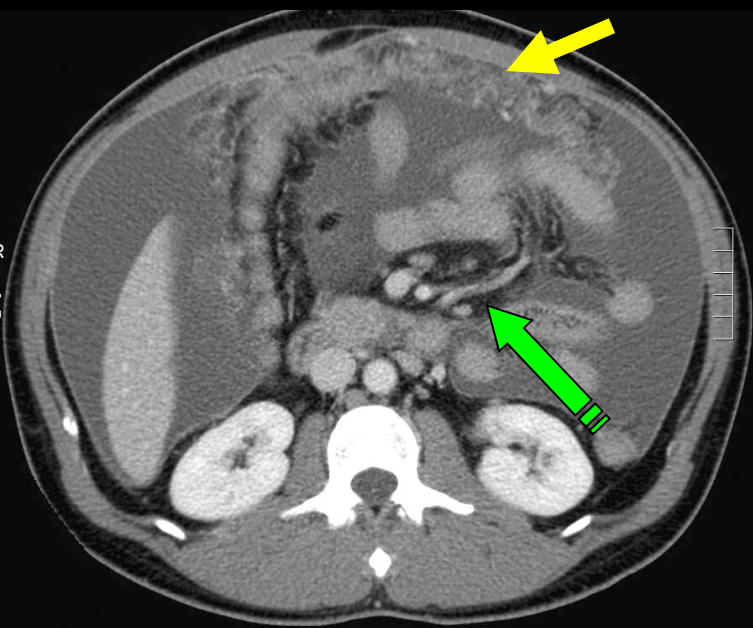




sillon d'Arantius

ligament gastro-colique

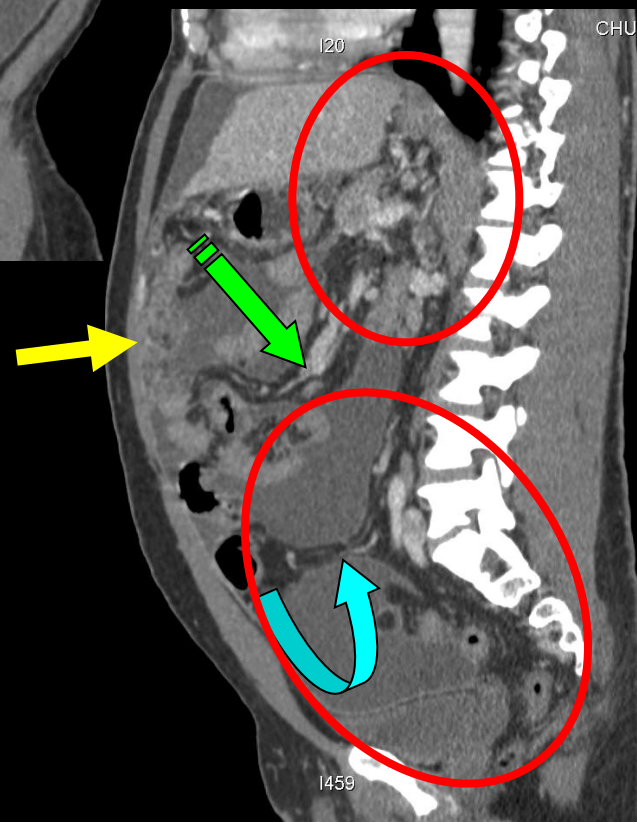
grand omentum
(grand épiploon)

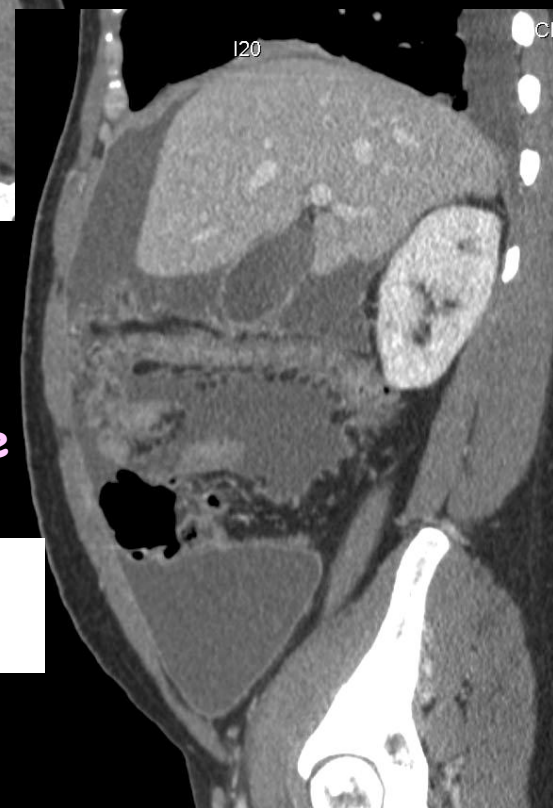
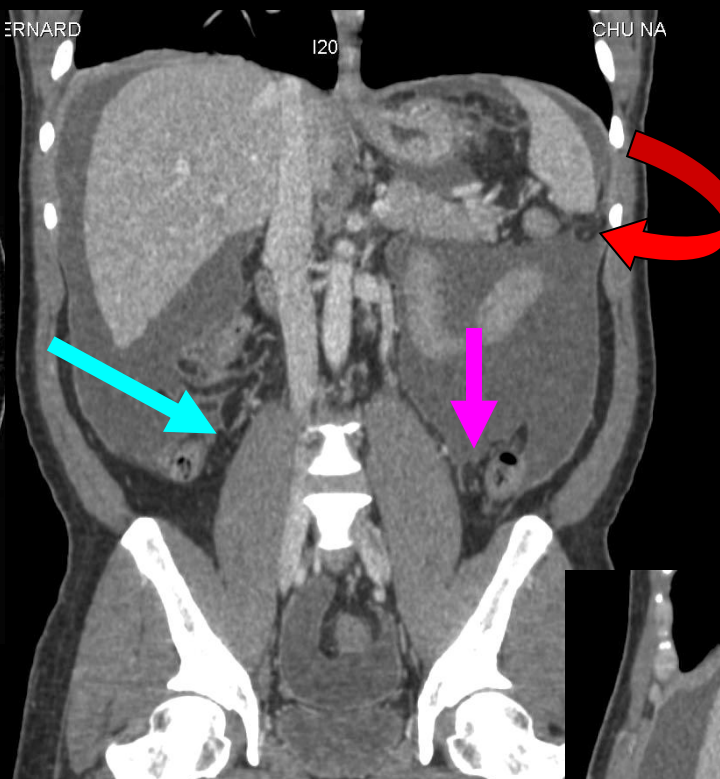
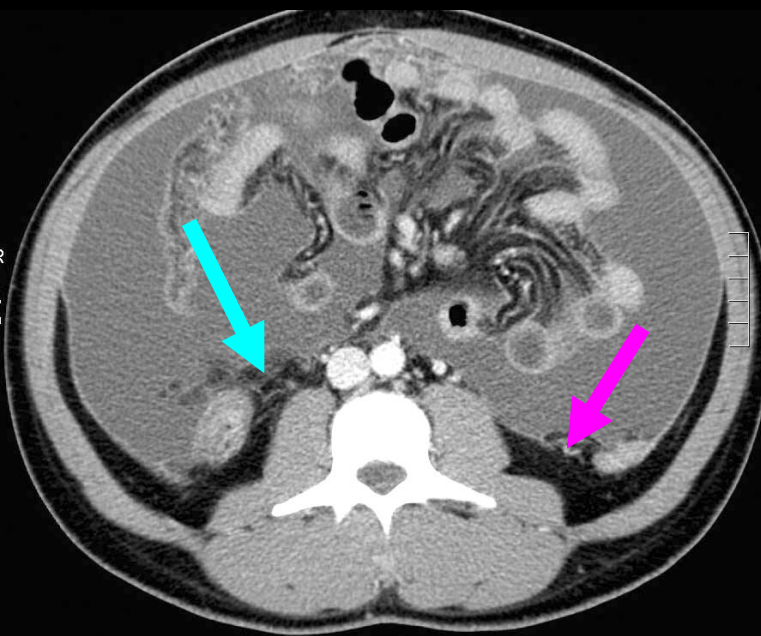


mésentère

grand omentum

méso sigmoïde

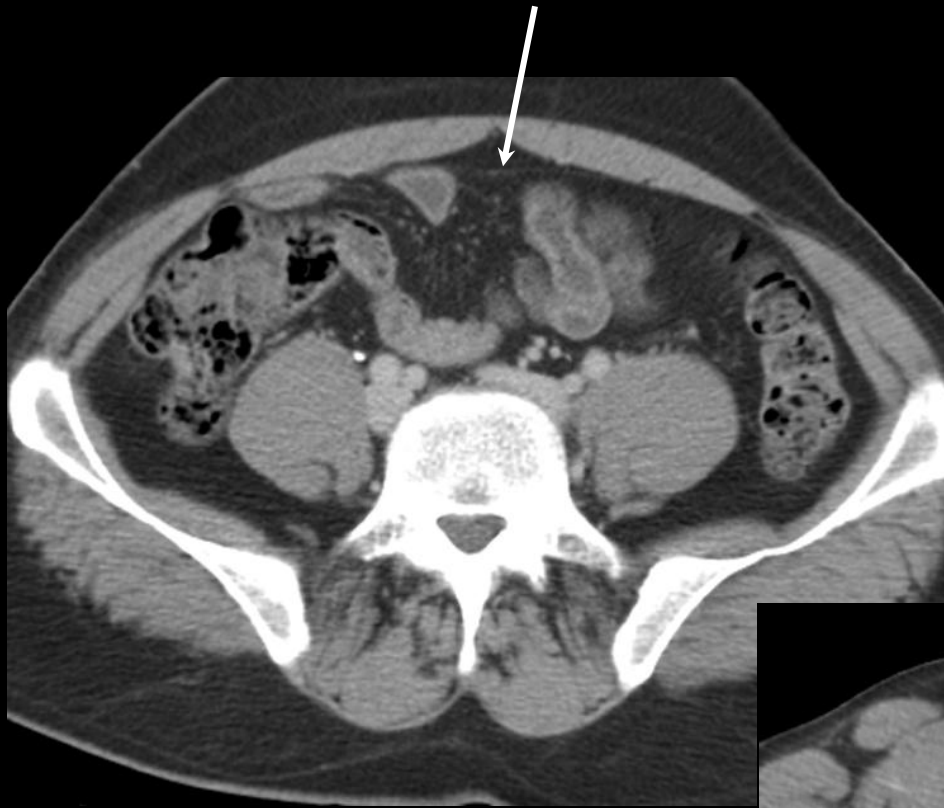




fascia de Toldt droit

fascia de Toldt gauche

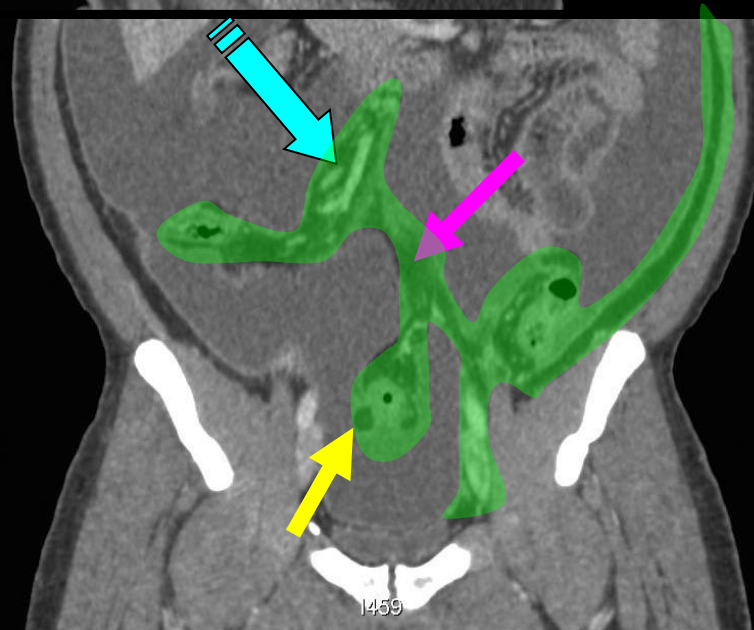
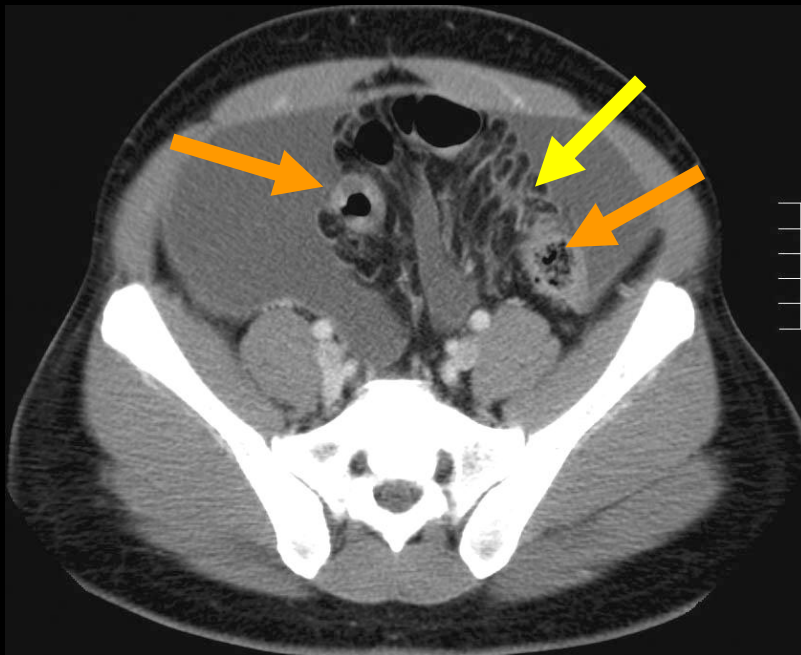
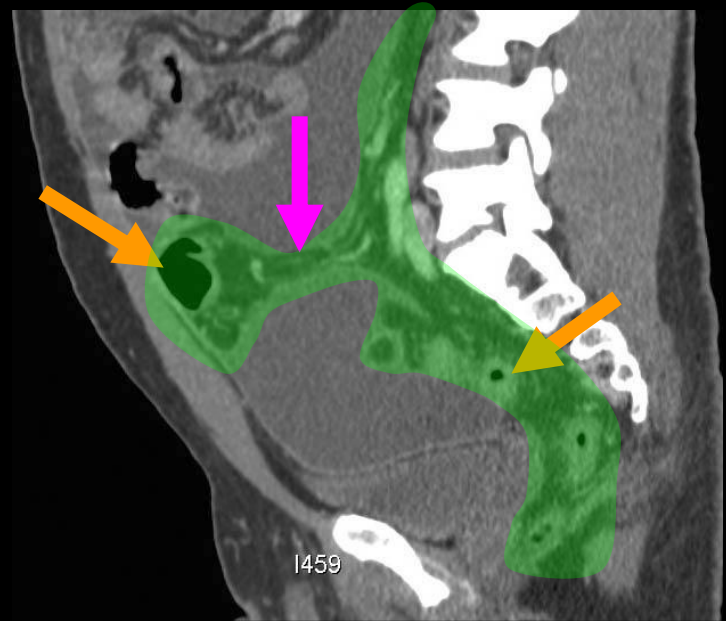
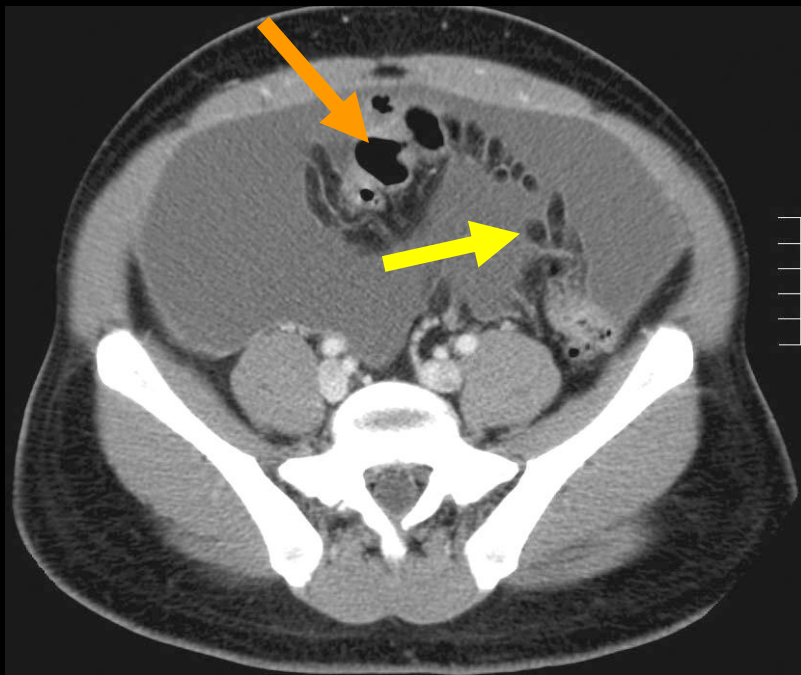
ligament phrénico
colique gauche



Péritoine



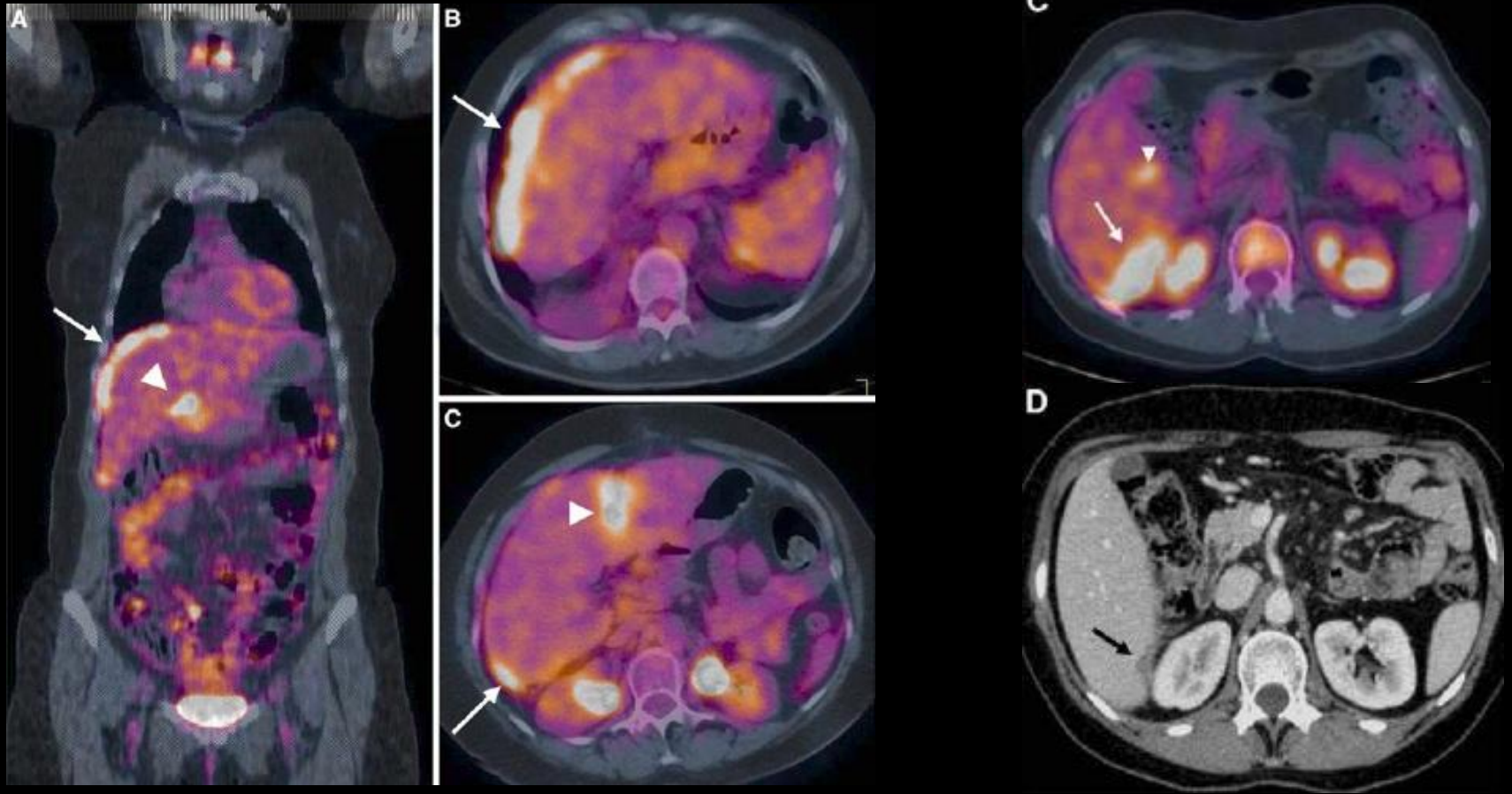
Cul de sac de Douglas



sigmoïde
 appendices épiploïques (appendages)
 mésosigmoïde
 mésentère

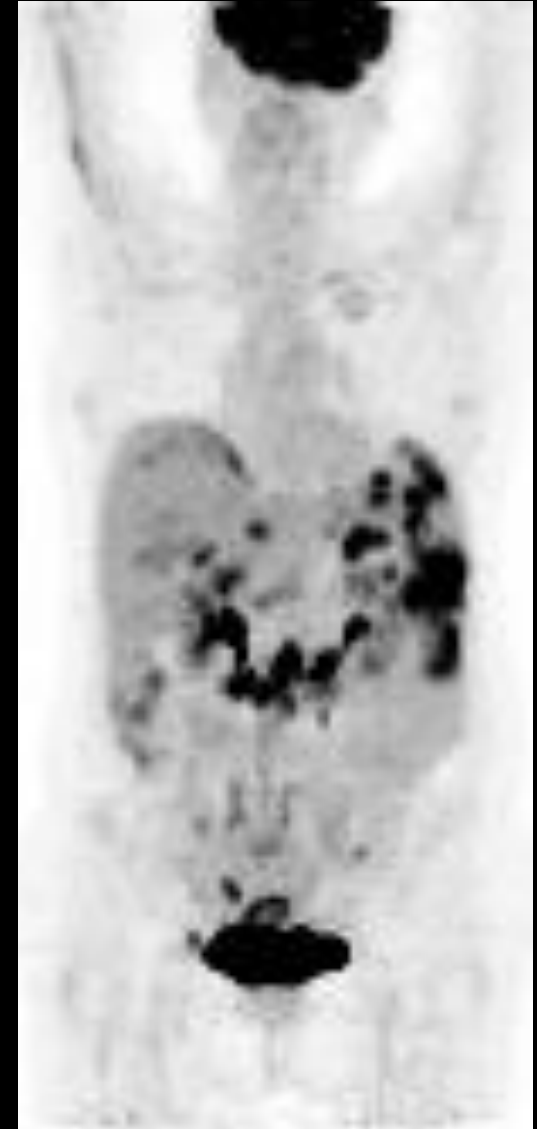
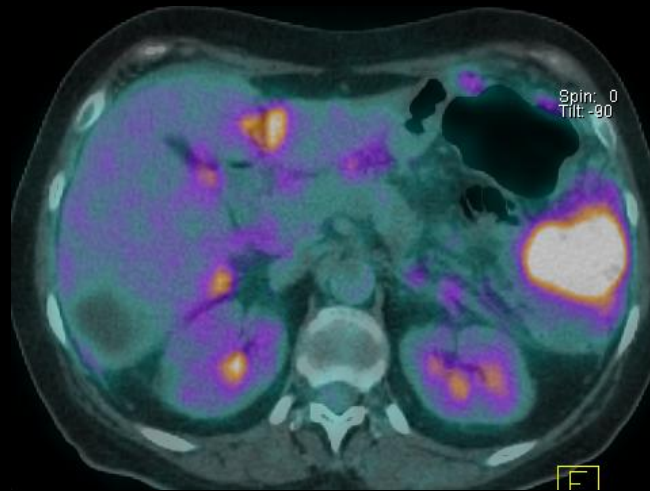
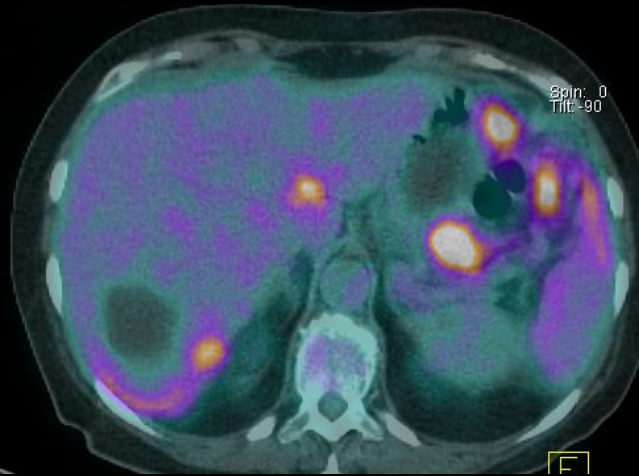
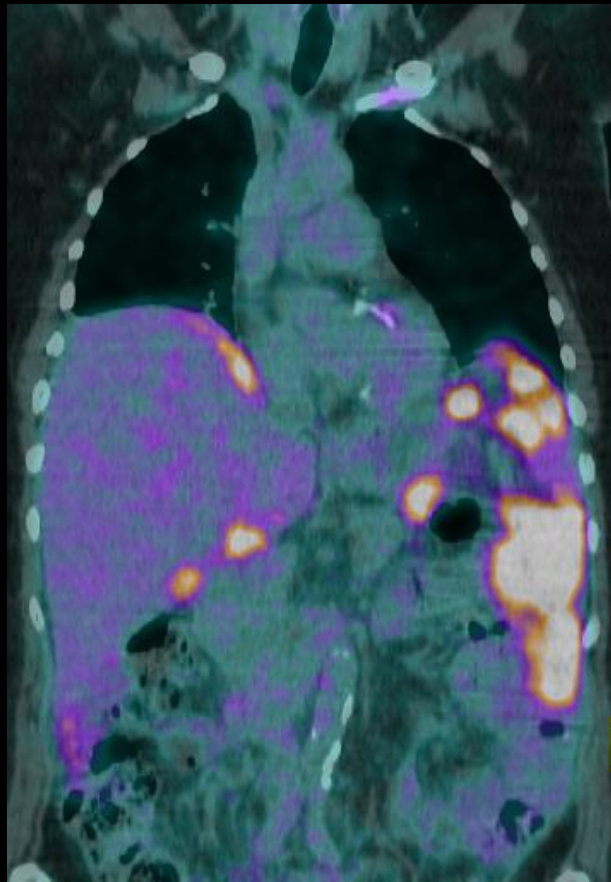
Carcinose péritonéale : aspects typiques

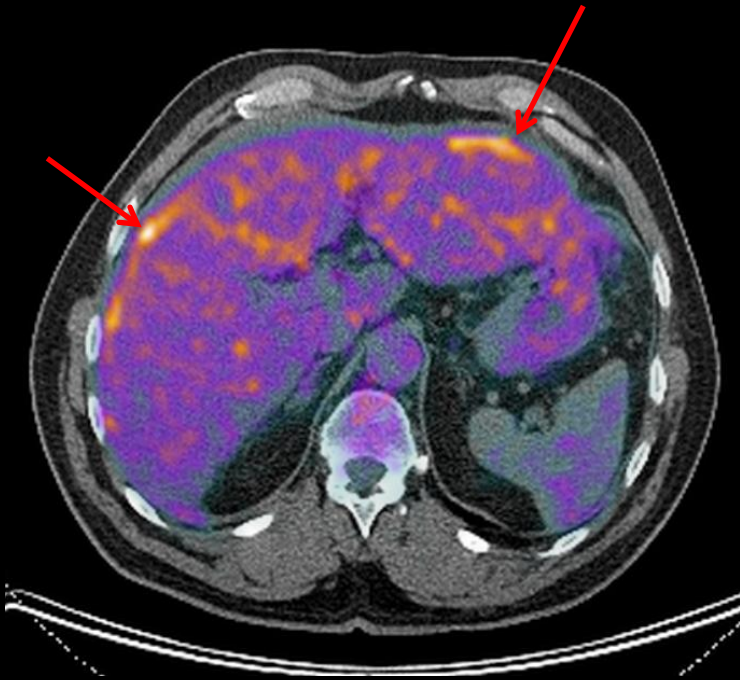
Capsule hépatique, ligament falciforme, espace de Morison



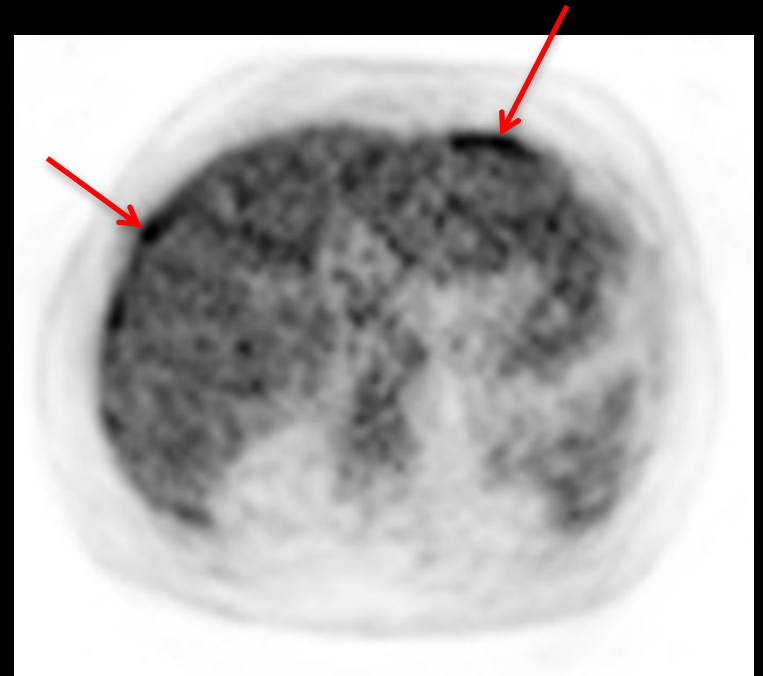
Imaging of peritoneal carcinomatosis with FDG PET-CT: diagnostic patterns, case examples and pitfalls, DeGaetano et al, Abdom Imaging (2009) 34:391–402

Carcinose péritonéale : aspects typiques

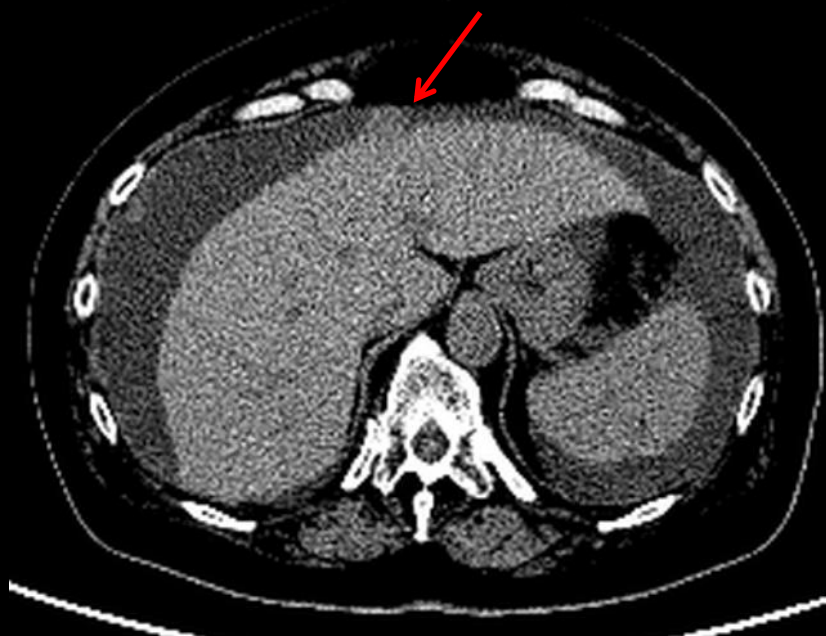




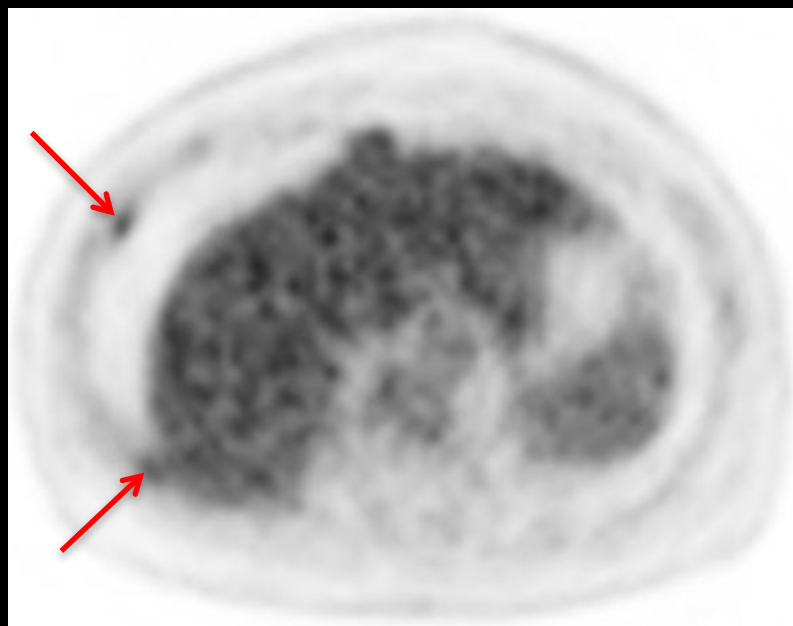
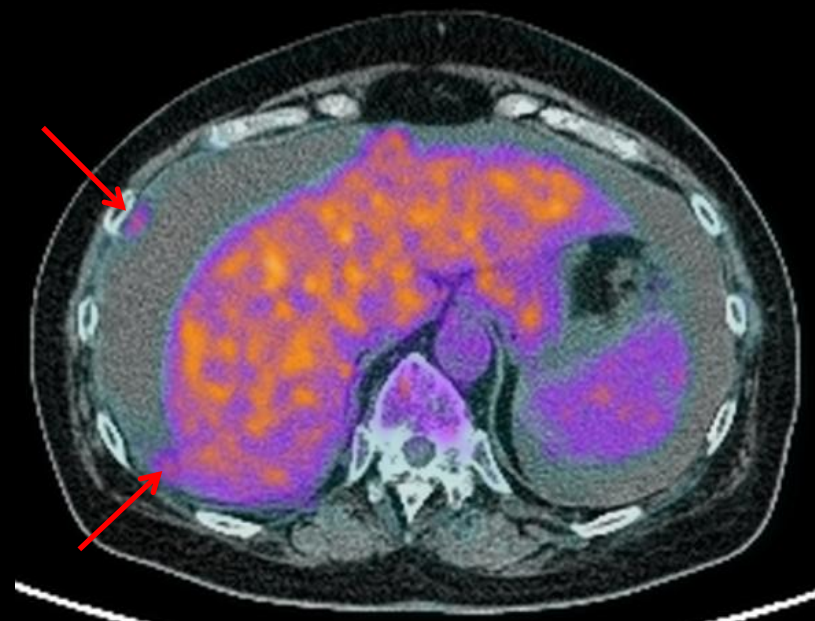
Diagnostic ?



Carcinose

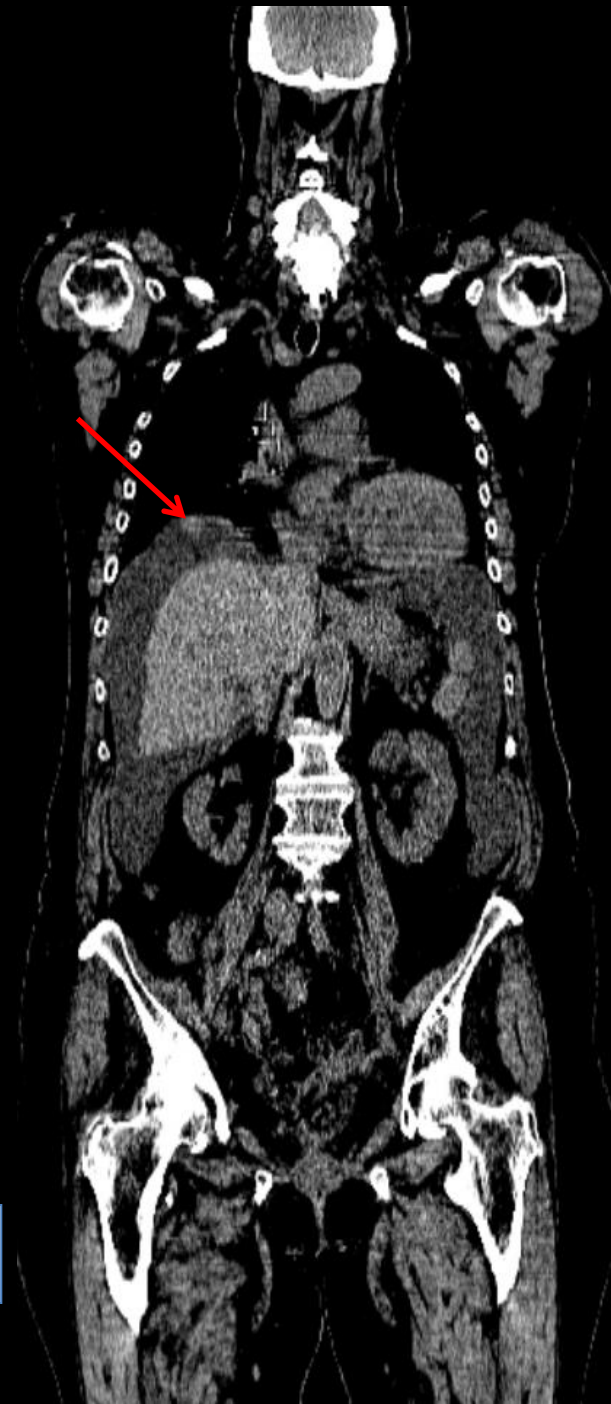


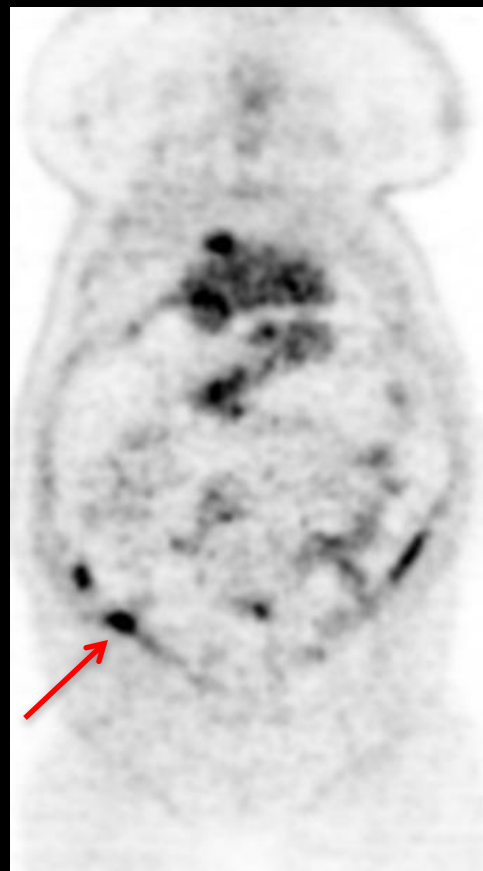
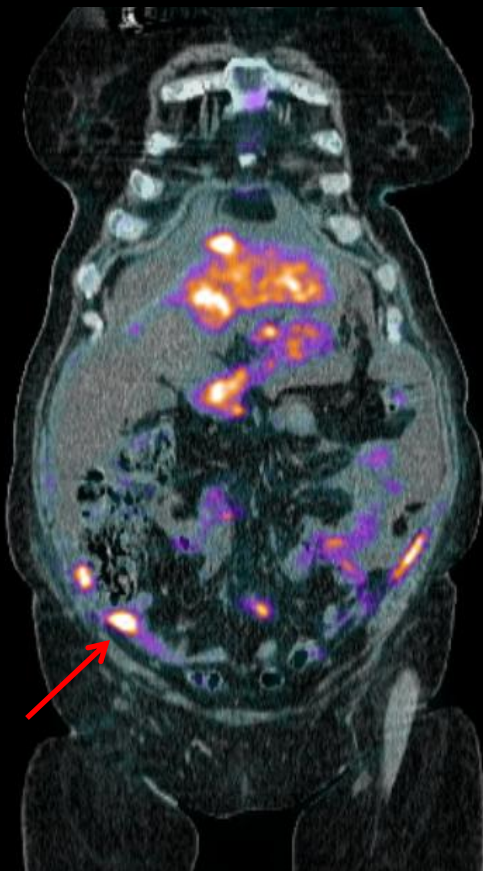
Carcinose péritonéale





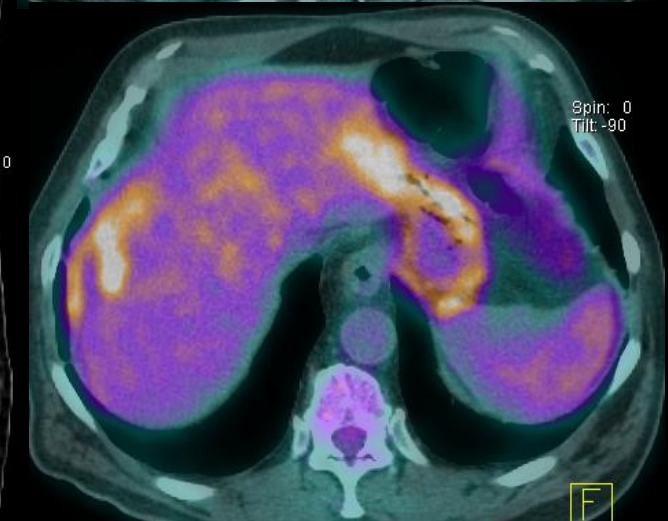
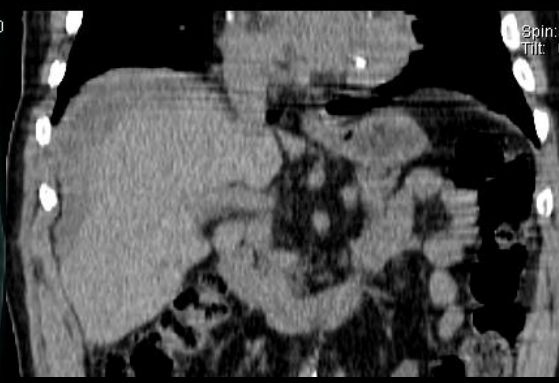
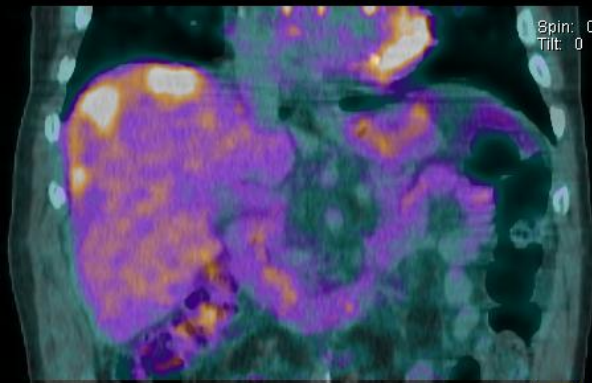
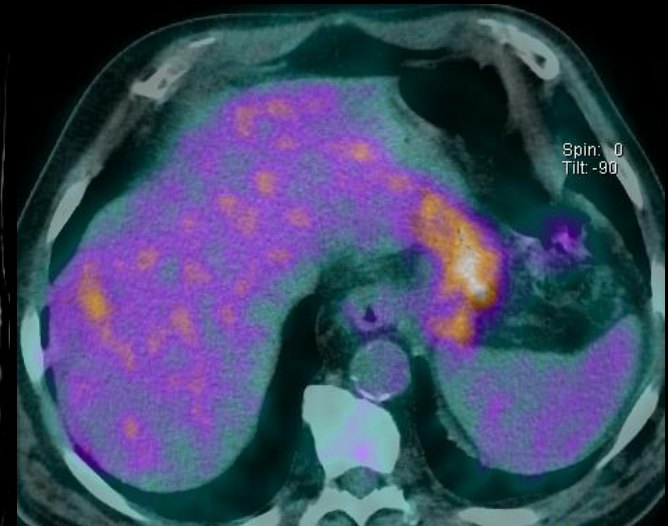
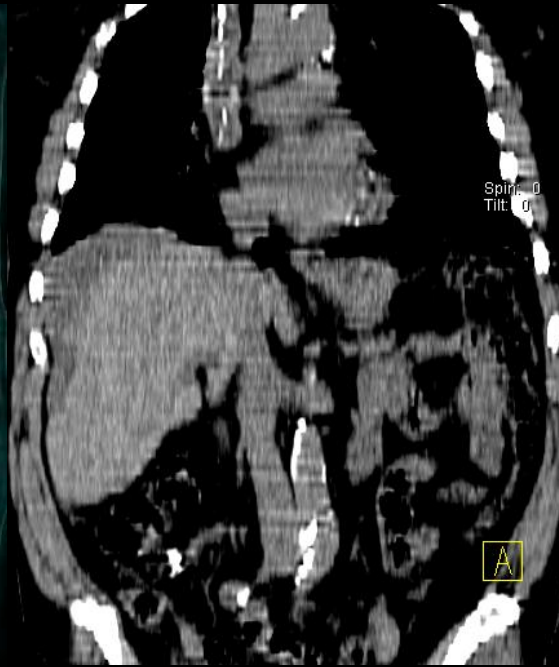
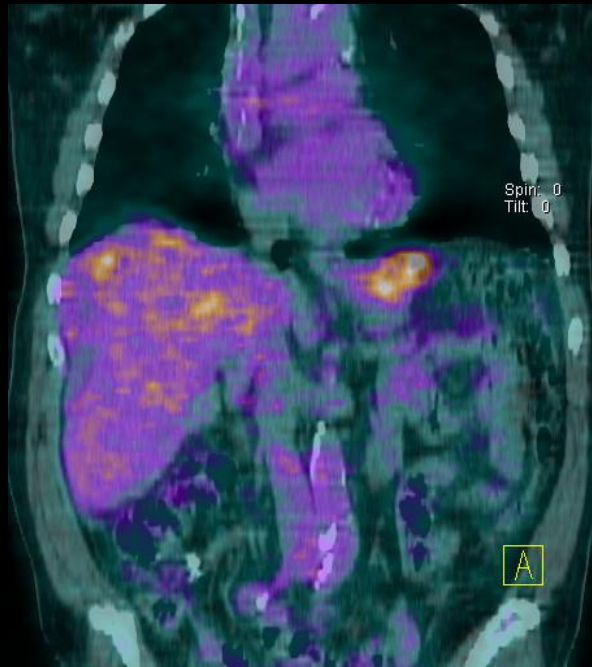
Carcinose péritonéale



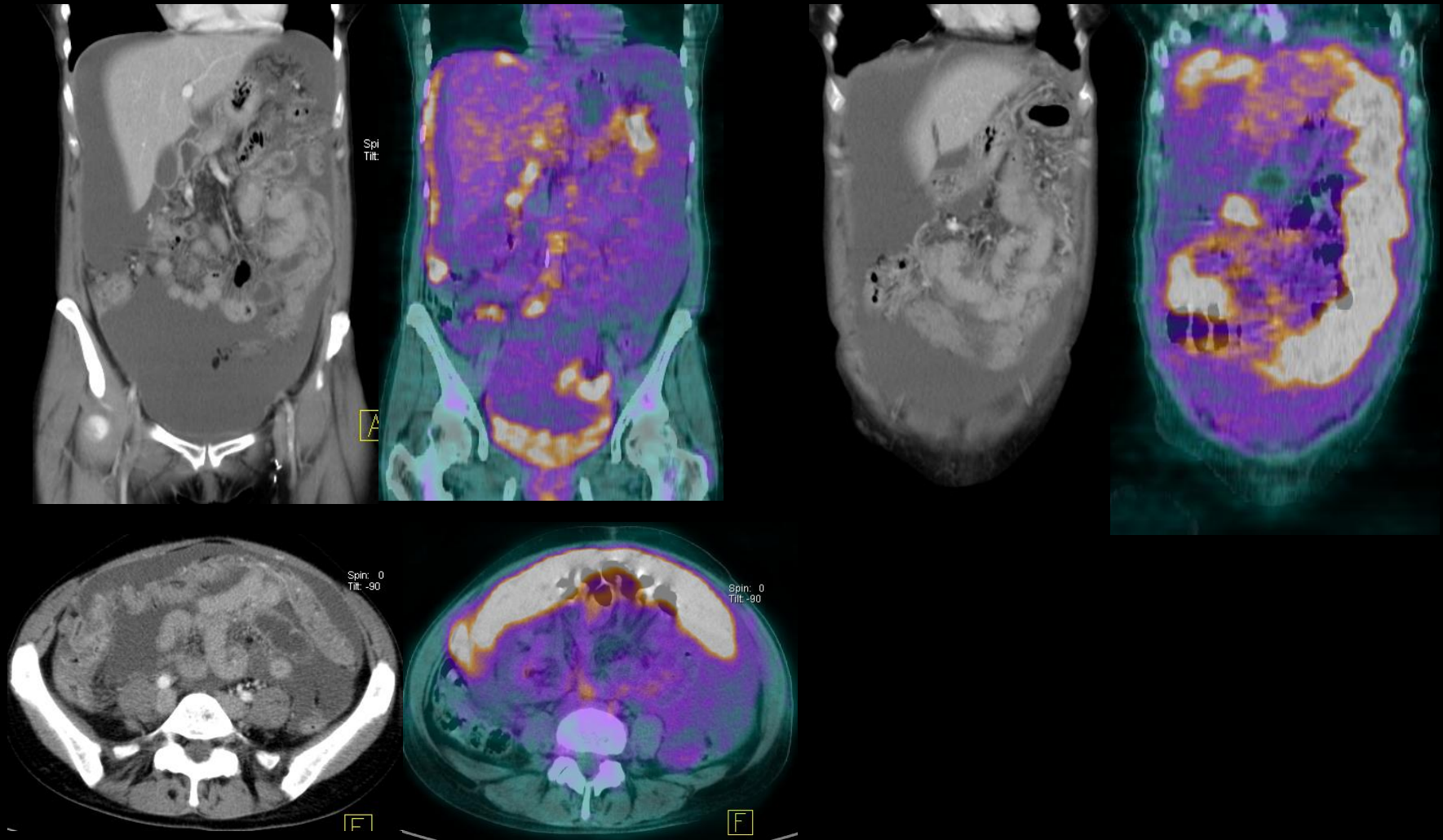


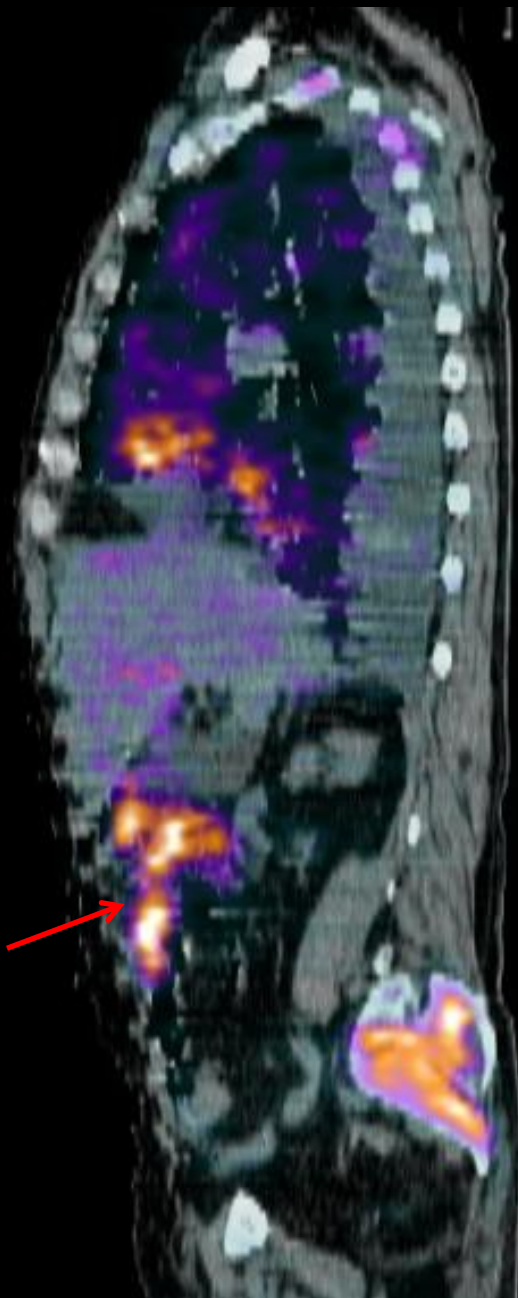
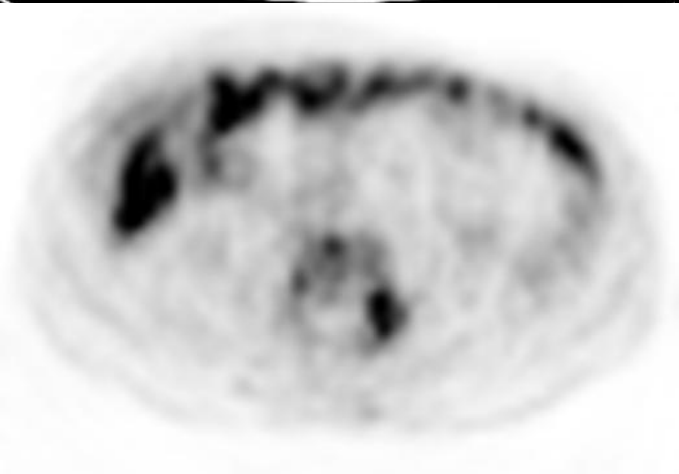
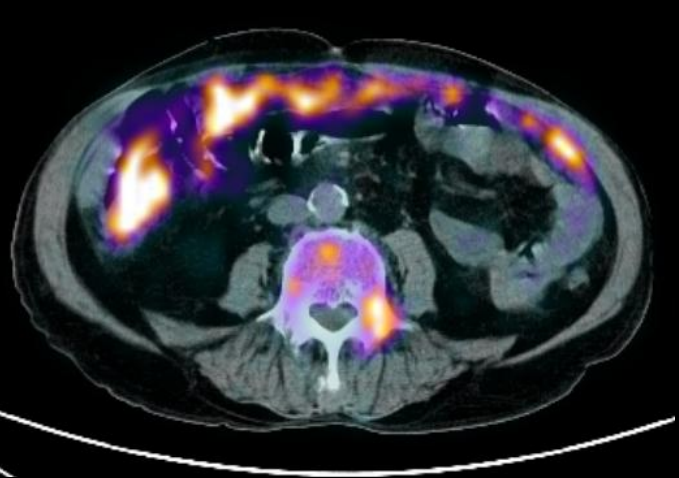
Carcinose péritonéale : présentation atypique

**STEP
HEPATIQUE!**

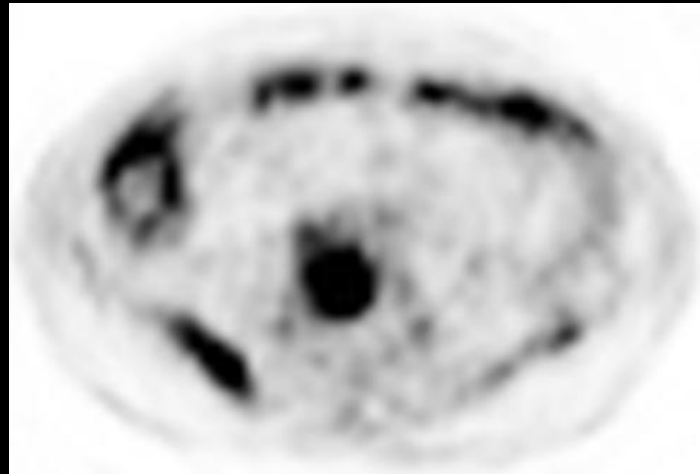
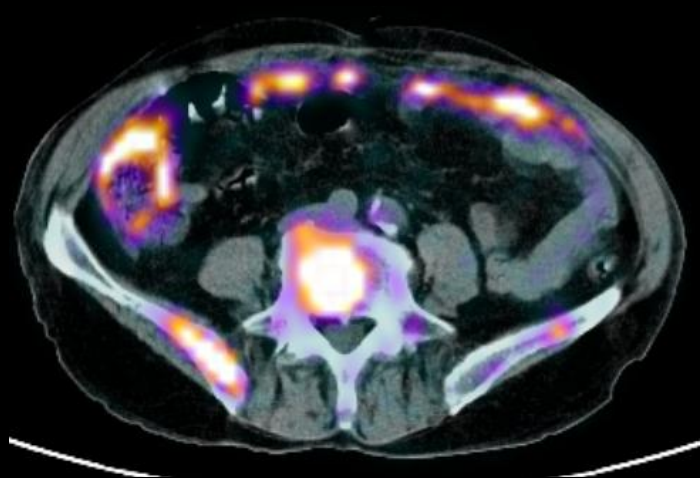


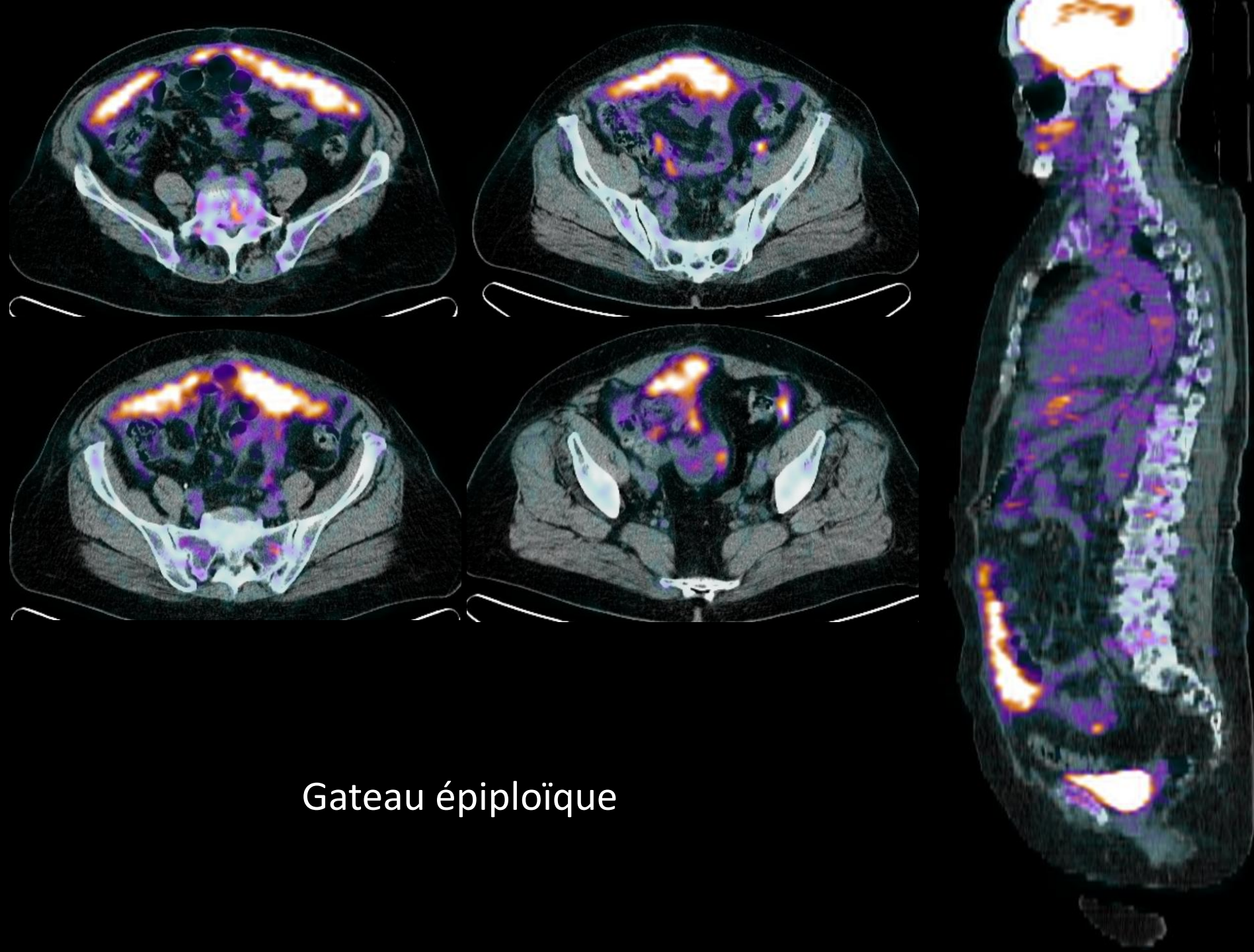
Carcinose péritonéale : envahissement grand omentum



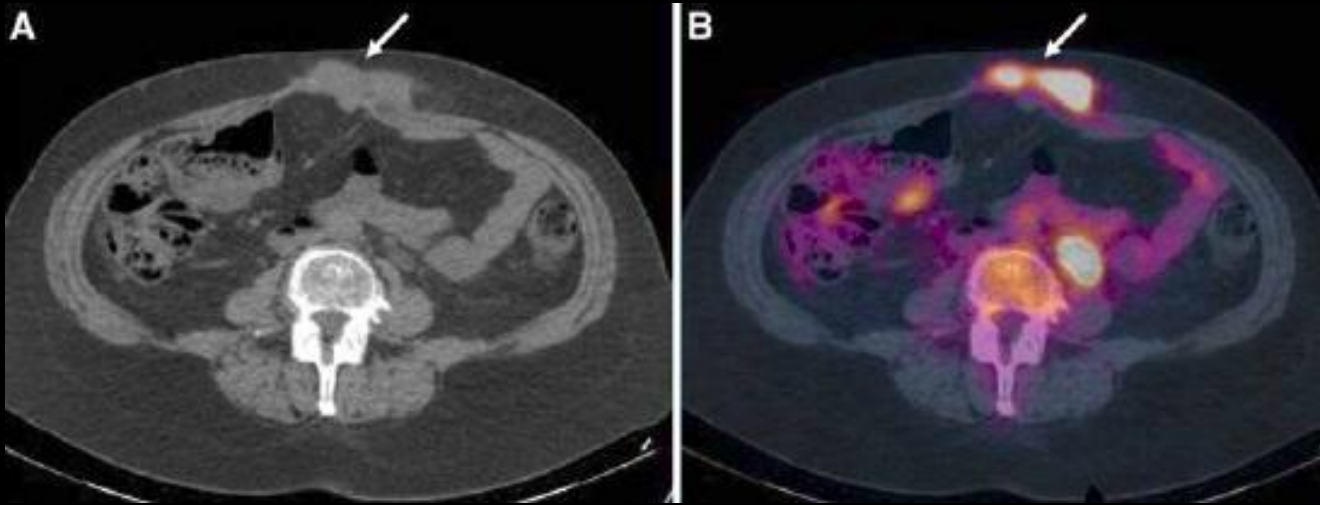


Gateau épiploïque

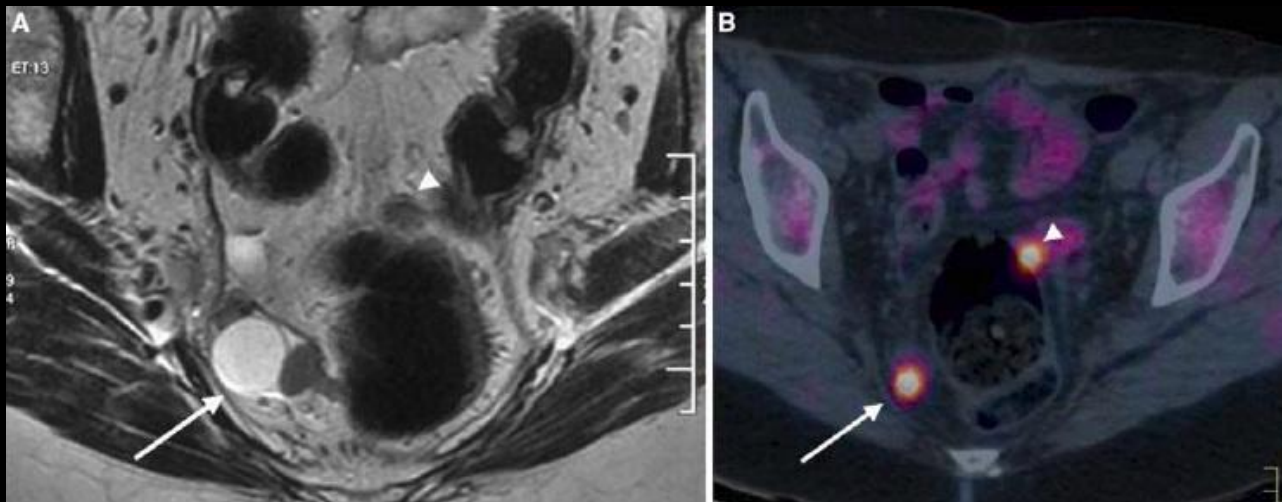




Métastase ombilicale : nodules de Sœur Mary Joseph



Nodules pelviens



Imaging of peritoneal carcinomatosis with FDG PET-CT: diagnostic patterns, case examples and pitfalls, DeGaetano et al, Abdom Imaging (2009) 34:391–402