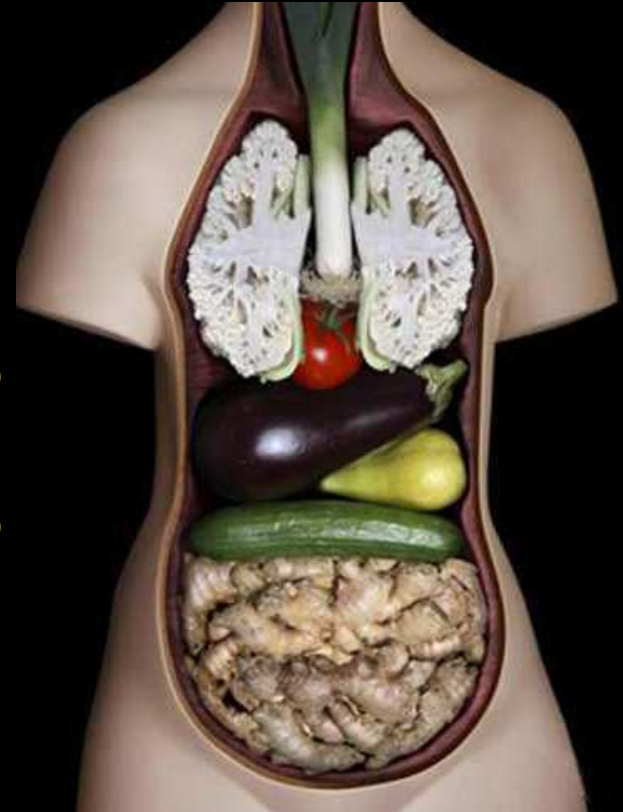


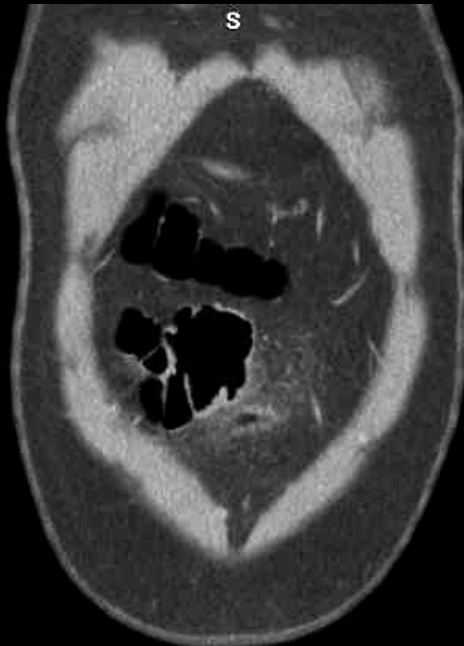
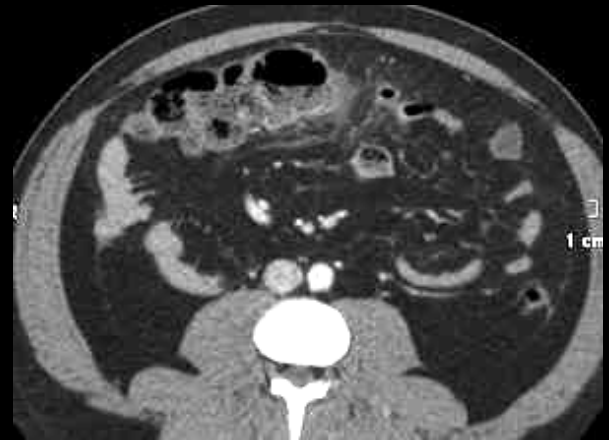
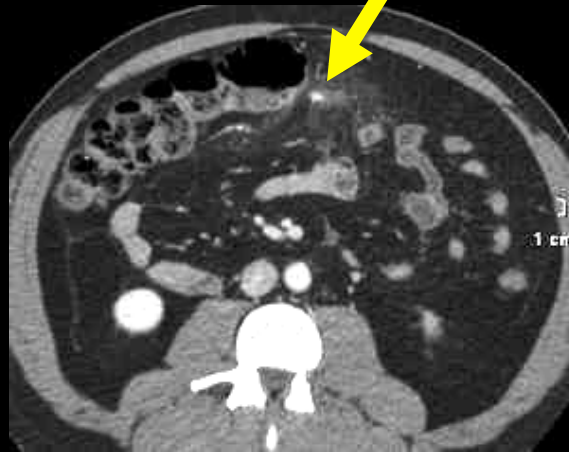
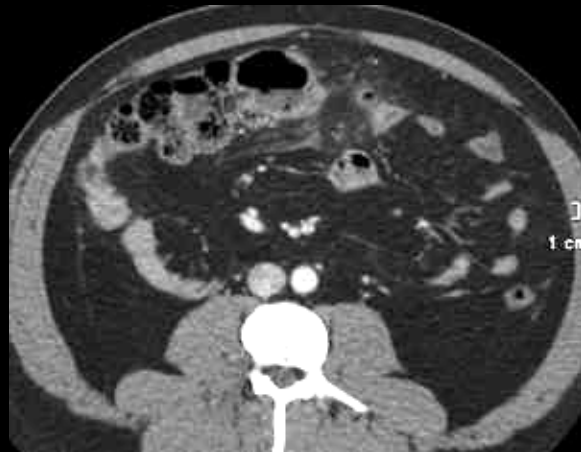
difficultés , pièges et images-clé dans la pathologie du péritoine

Le péritoine “acteur” de la pathologie

- les variantes anatomiques du péritoine et leurs conséquences en pathologie 😊
- les hernies internes 😊
- brides et adhérences péritonéales 😊

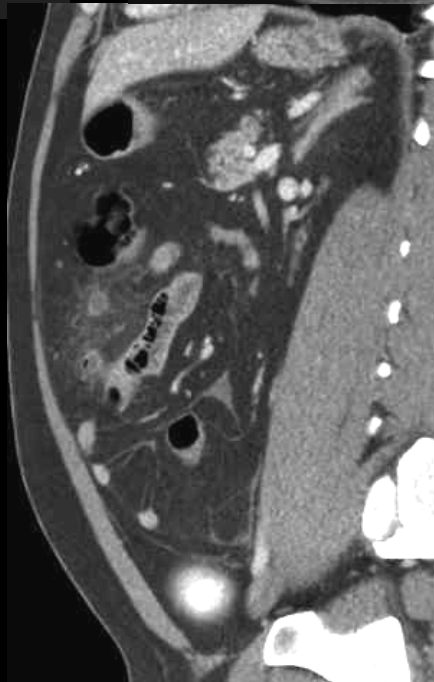
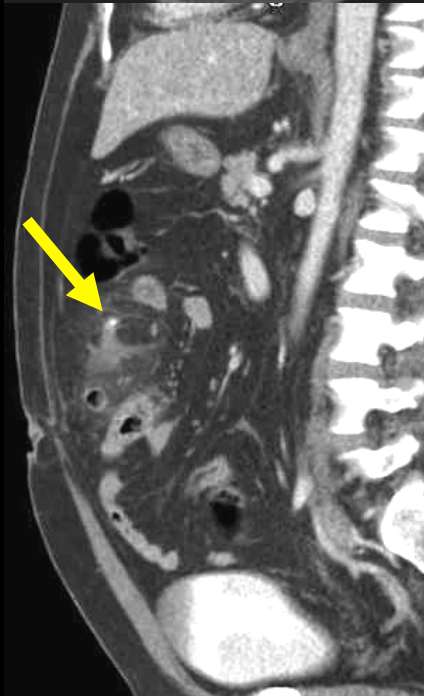
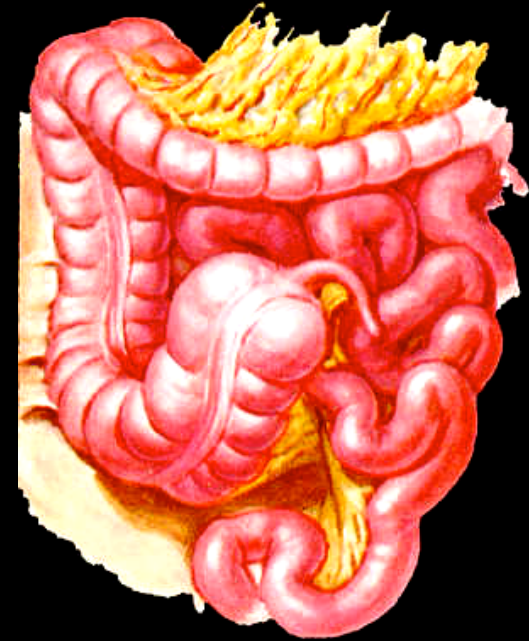


homme 41 ans , sd douloureux abdominal aigu fébrile avec polynucléose ; défense à la palpation de la région ombilicale ; quel est votre diagnostic ?



Comment expliquer le siège mésocoliaque des images d'appendicite aiguë ?



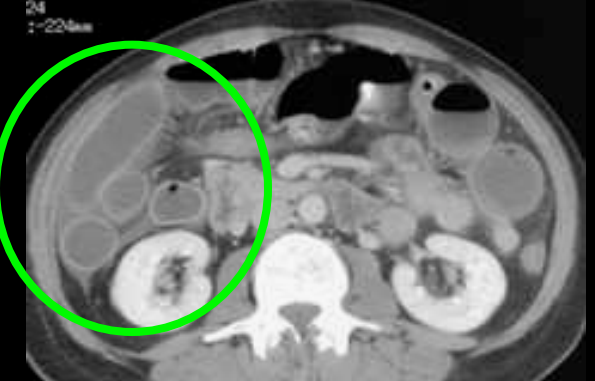
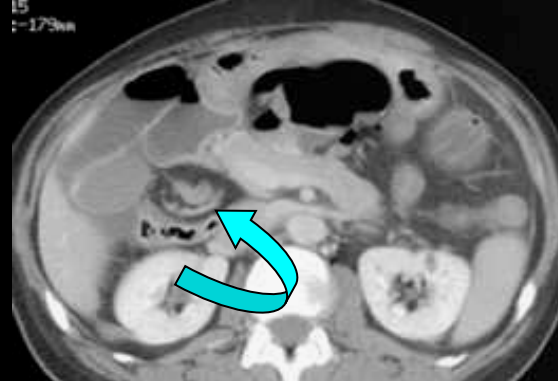
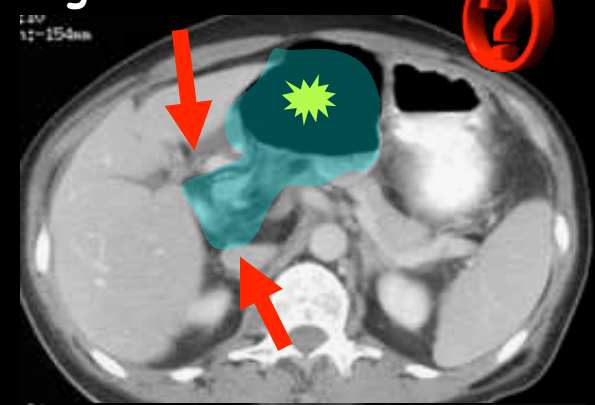
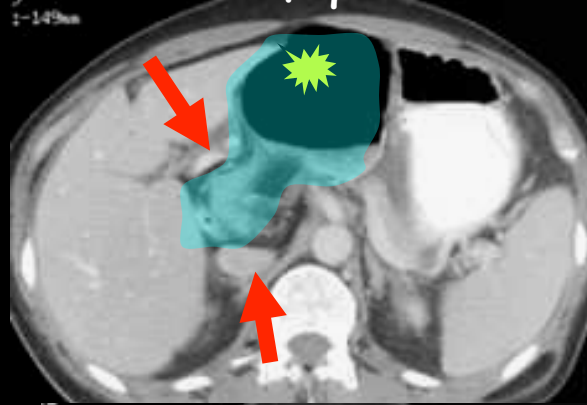
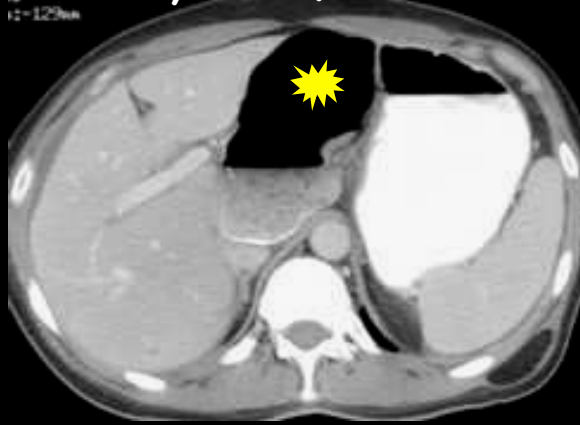


appendicite méso cœliaque sur caecum
mobile par défaut d'accolement du
fascia de Toldt droit

pouvez vous citer d'autres pathologies
qui ne peuvent se rencontrer
qu'associées à un caeco-ascendant
mobile par défaut d'accolement du
fascia de Toldt droit

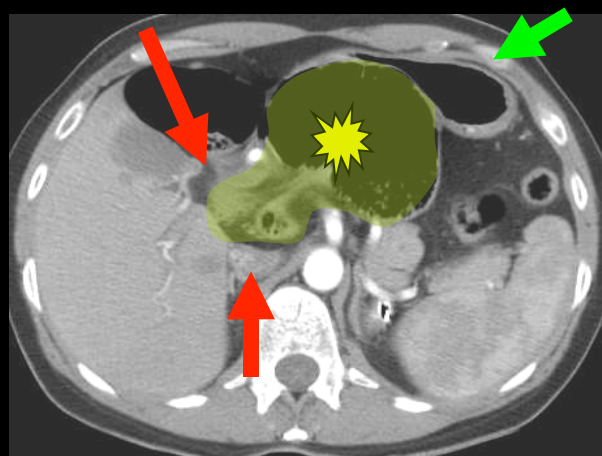
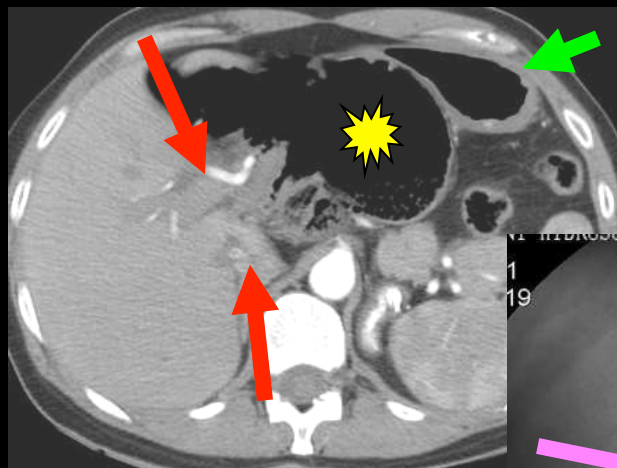
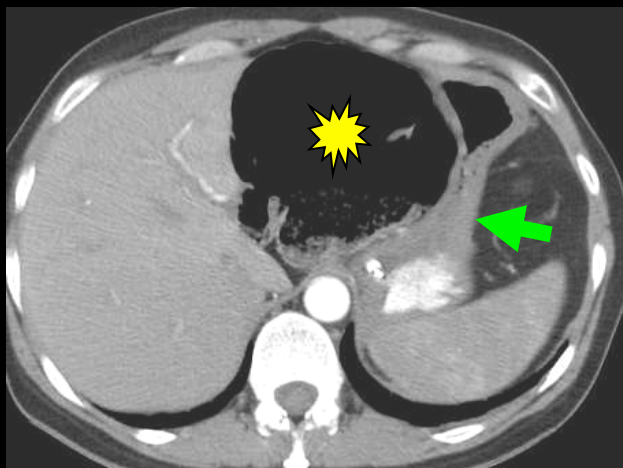


femme 38 ans , crises douloureuses épigastriques intermittentes depuis plusieurs années , sans facteur déclenchant évident ; quel est votre diagnostic

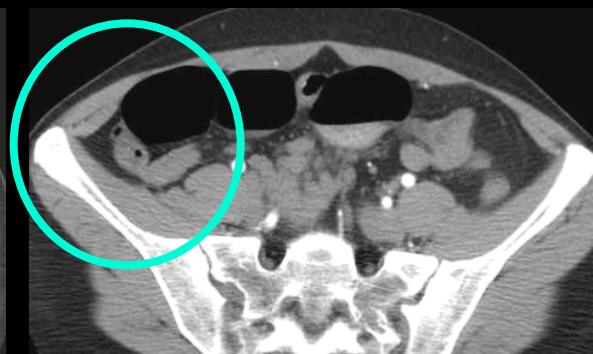
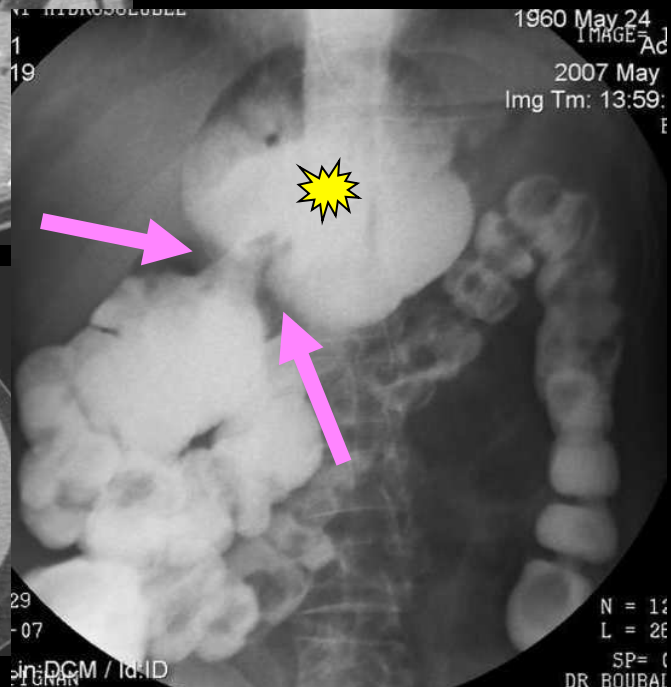


hernie du foramen omental (hiatus de Winslow), à contenu caecal
hernie de Blandin

NB : seules les formes dans lesquelles le contenu herniaire comporte le carrefour iléo-caecal sont associées à un défaut d'accolement du fascia de Toldt droit



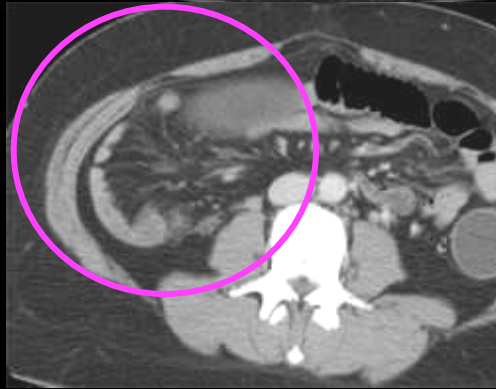
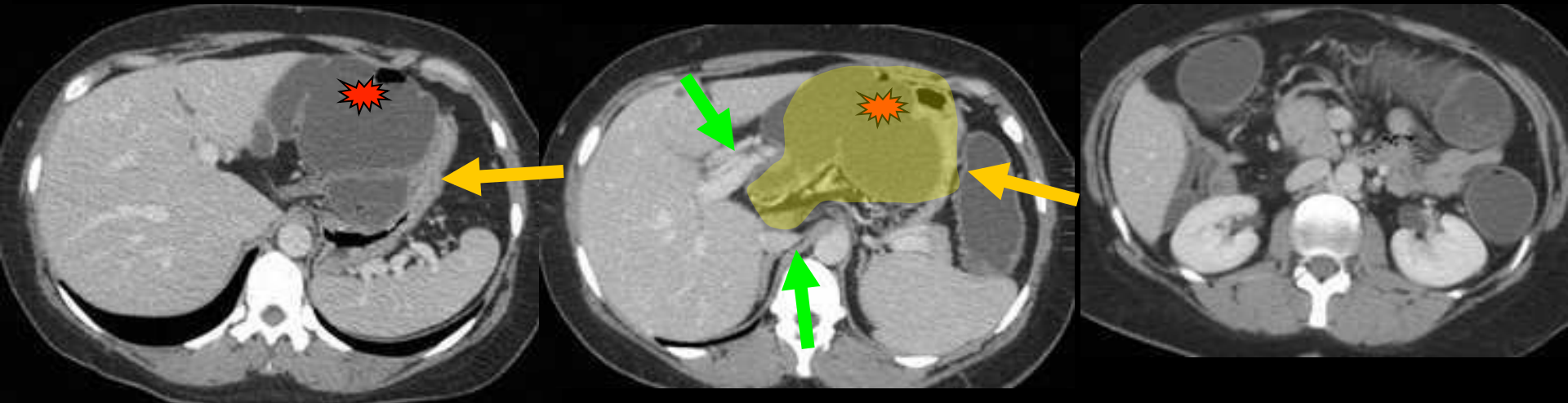
femme 47 ans



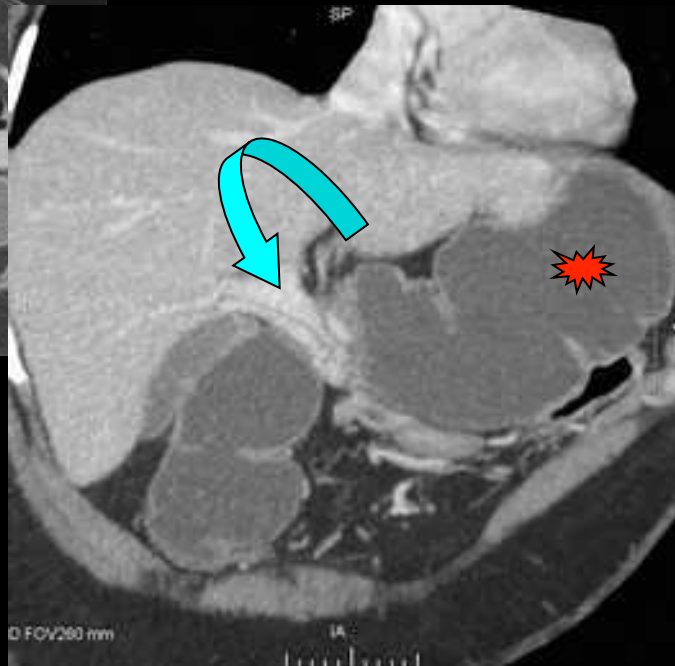
hernie du foramen
omental (hiatus de
Winslow) ,à contenu
caecal
hernie de Blandin

Obs.JL Bertrand CH Perpignan

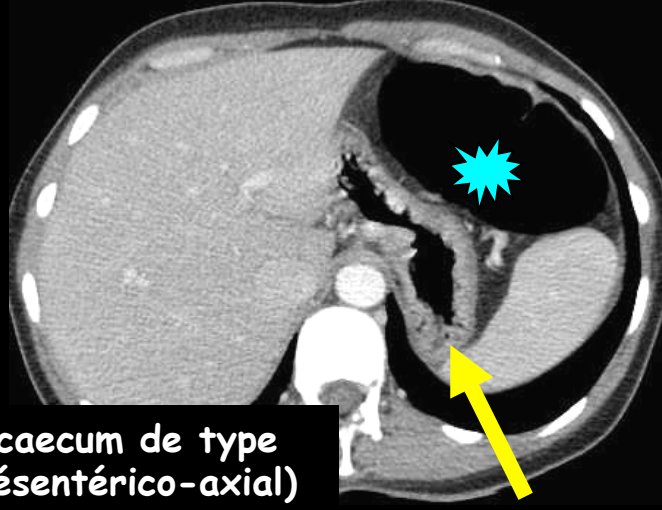
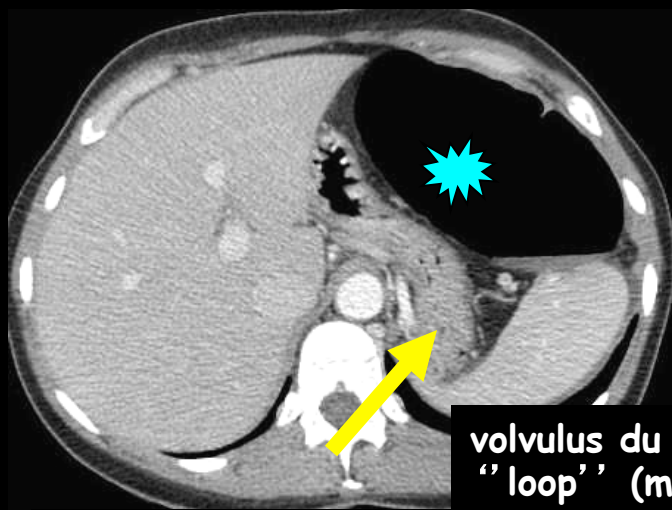
femme 35 ans colo CT à l'eau, crise douloureuses épigastriques depuis plusieurs mois ; un premier scanner avait fait soupçonner le diagnostic



NB : le caecum est toujours entre l'estomac et le lobe gauche du foie dans les hernies de Blandin !!!

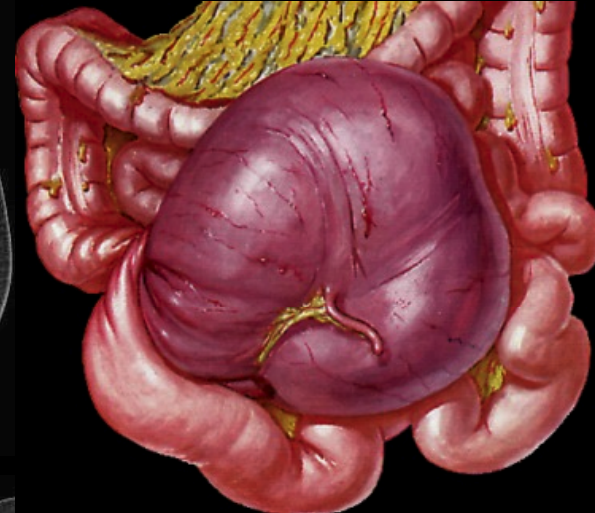
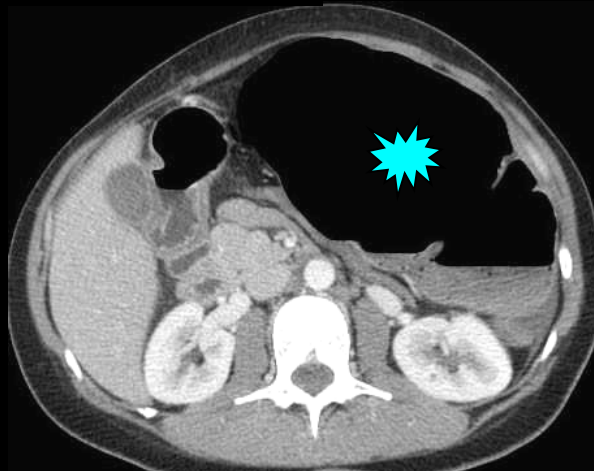
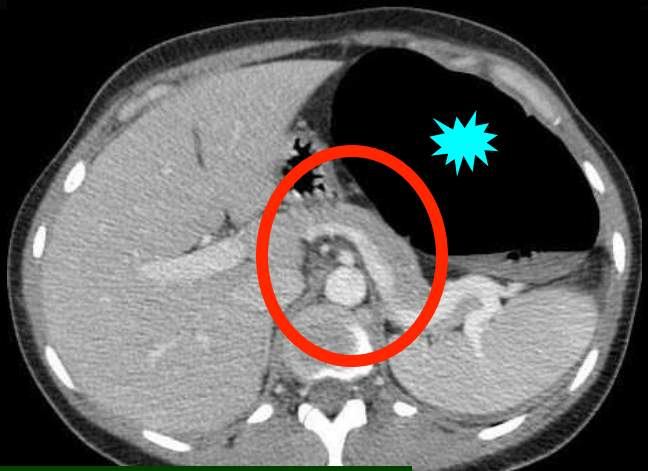


hernie du foramen omental (hiatus de Winslow) à contenu caecal (hernie de Blandin) + déhiscence du petit omentum

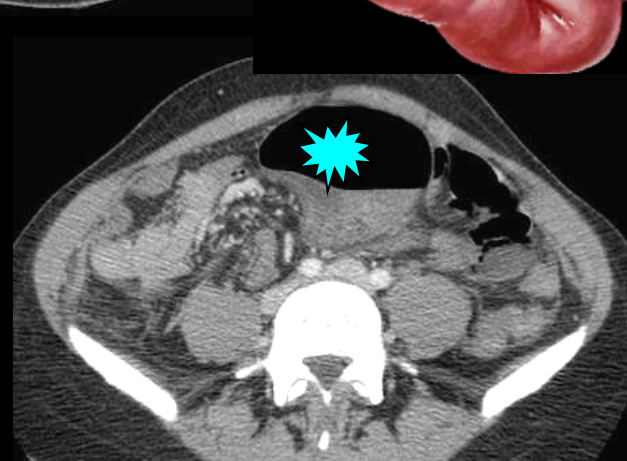
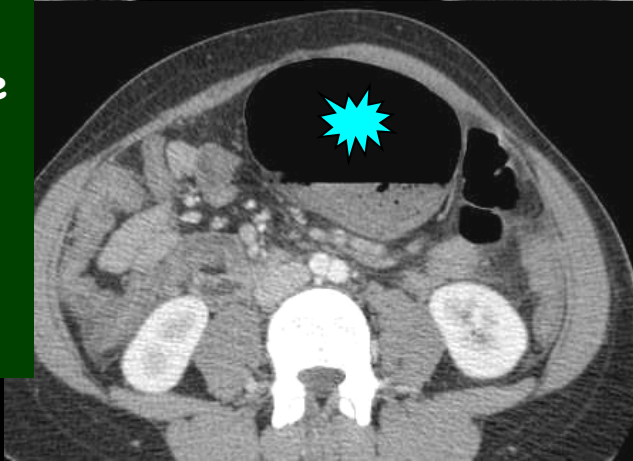


volvulus du caecum de type "loop" (mésentérico-axial)

femme 35 ans ,crises
douloureuses
épigastriques aiguës
récentes ,
vomissements .
Quel est votre
diagnostic



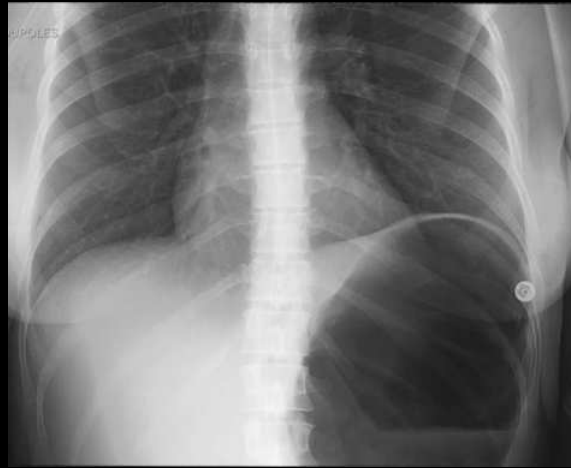
Un caecum en
distension ,à gauche
de la grande
courbure gastrique,
signe le volvulus
mésentérico-axial
de type "loop"



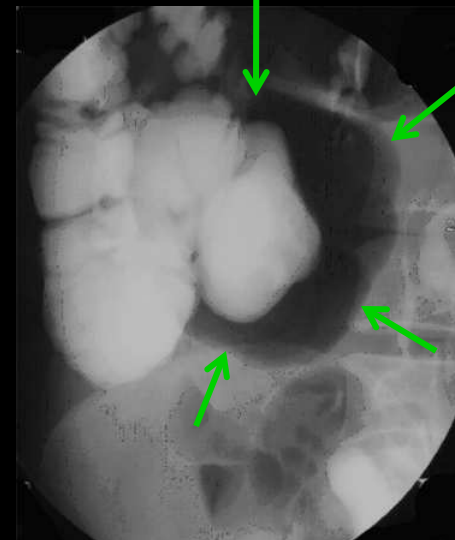
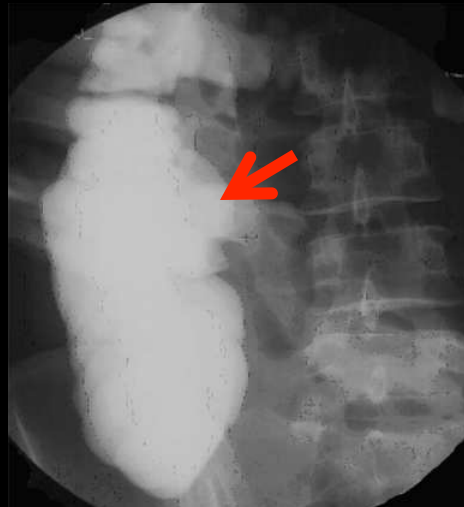
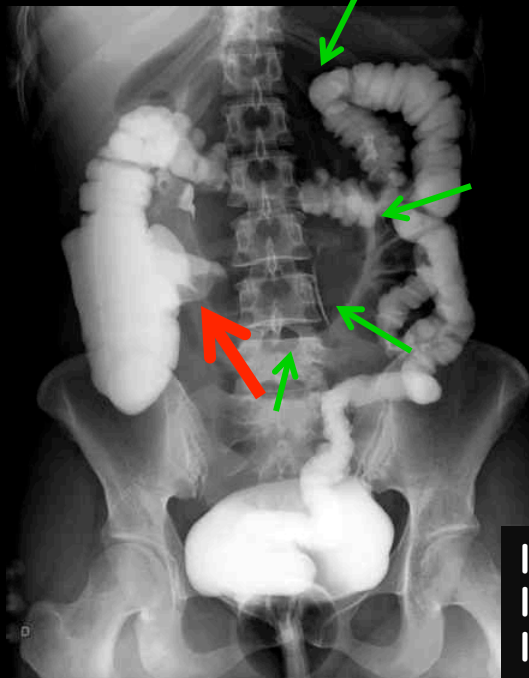
même patiente ASP pratiqué 3 jours avant le scanner ; le diagnostic de volvulus du caecum est affirmé



station verticale , RD horizontal



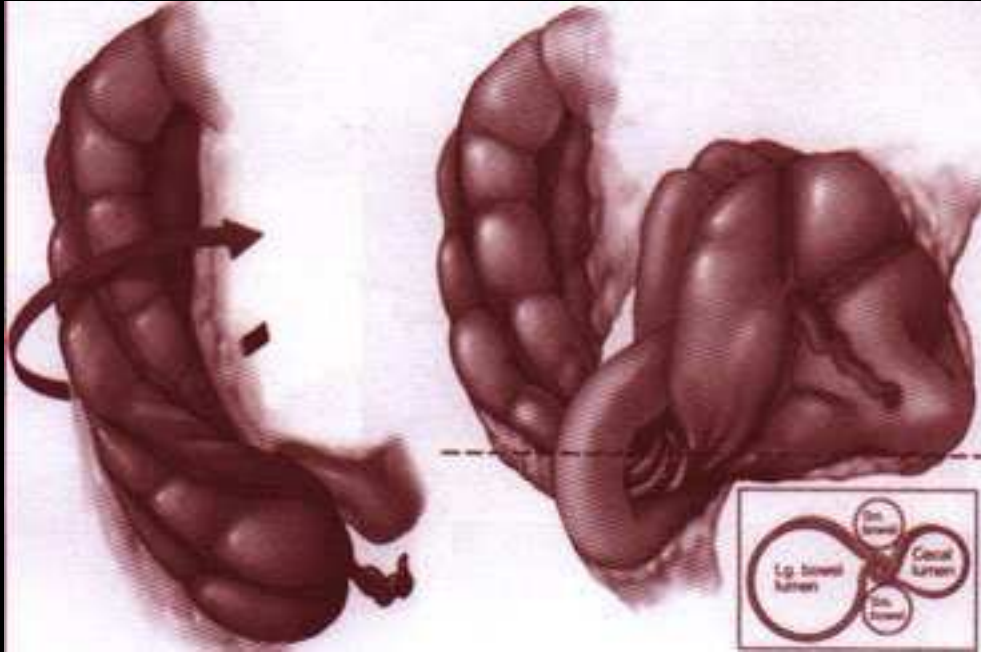
décubitus RD vertical



lavement opaque (hydrosolubles iodés) pratiqué après l' ASP et qui , pour l'opérateur éliminait l'hypothèse d'un volvulus caecal ...;ou était l'erreur de lecture



volvulus caecal
organo axial

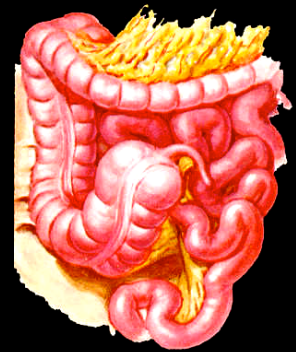


volvulus caecal
mésentérico axial

on décrit 3 types de volvulus du caecum :

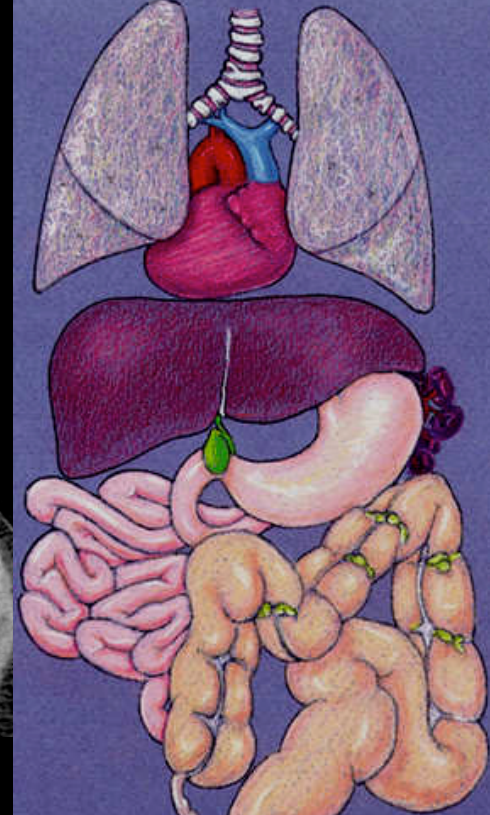
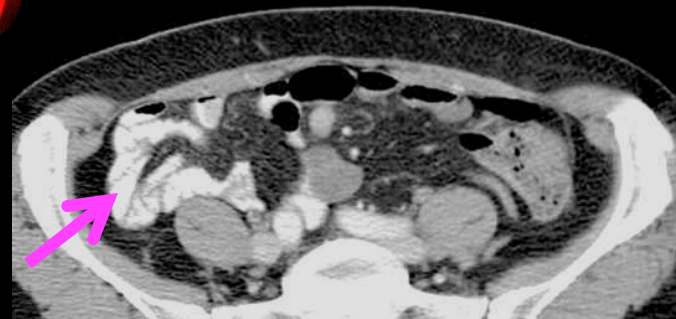
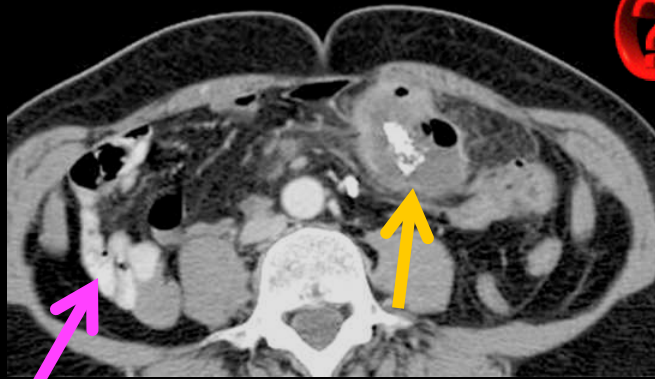
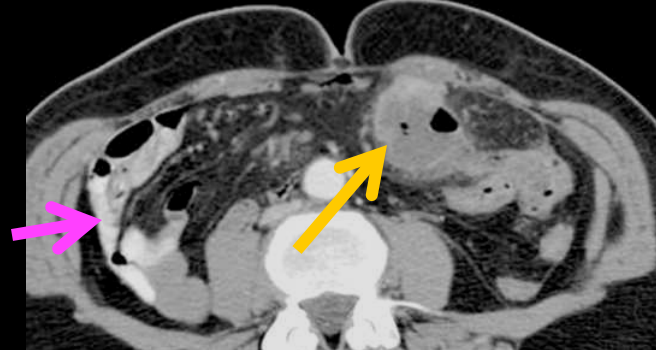
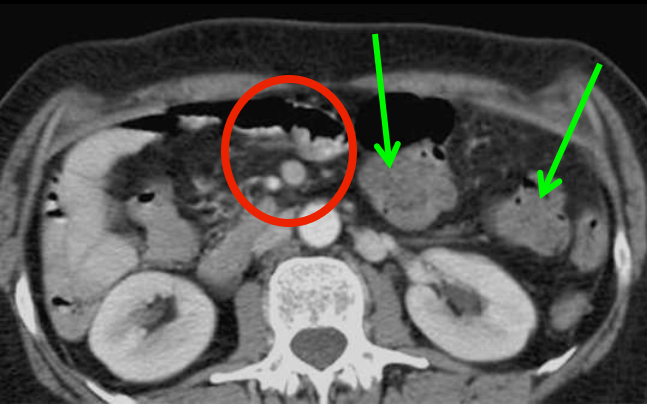
- le type **mésentérico-axial** concerne le caecum $\pm$ du grêle ; il amène le caecum dans l'hypochondre G ou dans la région mésocoeliale ;
- le type **organo-axial** laisse le caecum dans la FID
- la **plicature caecale** s'effectue dans un plan sagittal , d'arrière en avant

Le caeco-ascendant mobile est une cause possible d'appendicite mésocoeliale ; pouvez vous citer d'autres mécanismes possibles de cette localisation de diagnostic difficile



femme 42 ans , douleurs abdominales , diarrhée, fièvre et polynucléose , évoluant cliniquement depuis 6 jours ; diagnostic de gastro-entérite aiguë

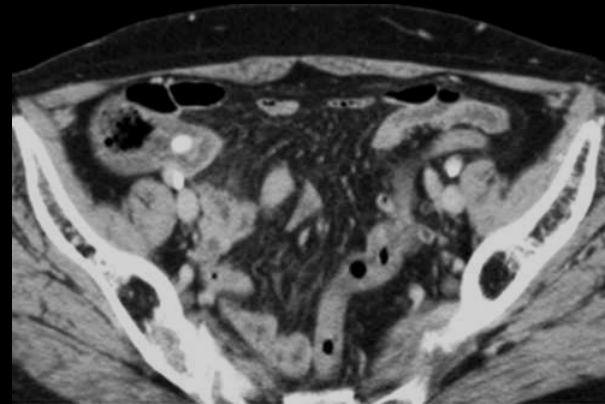
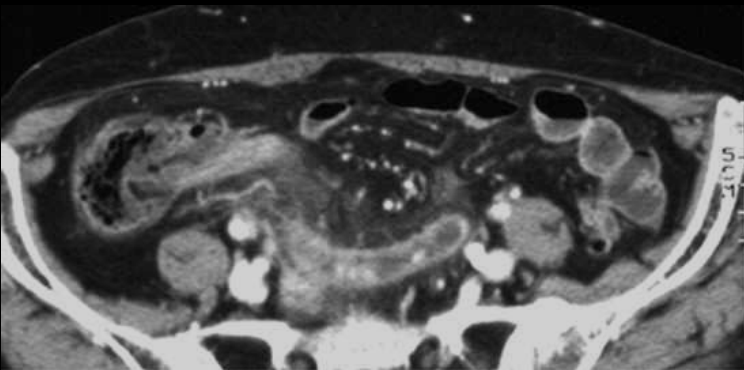
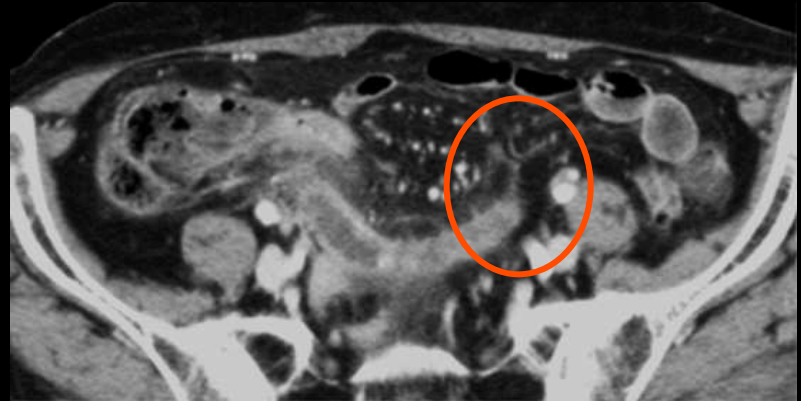
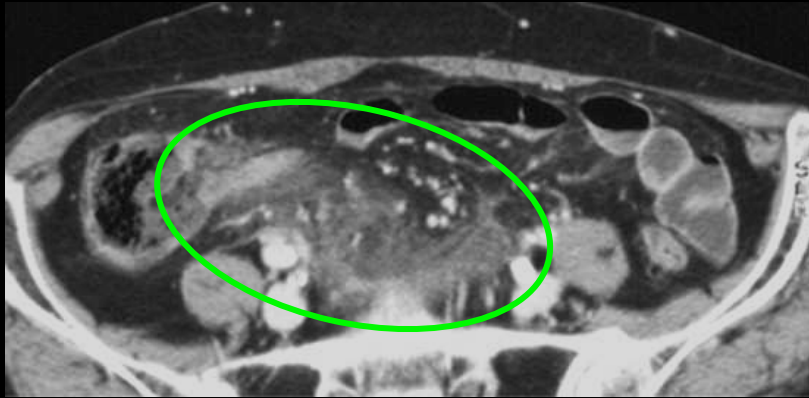
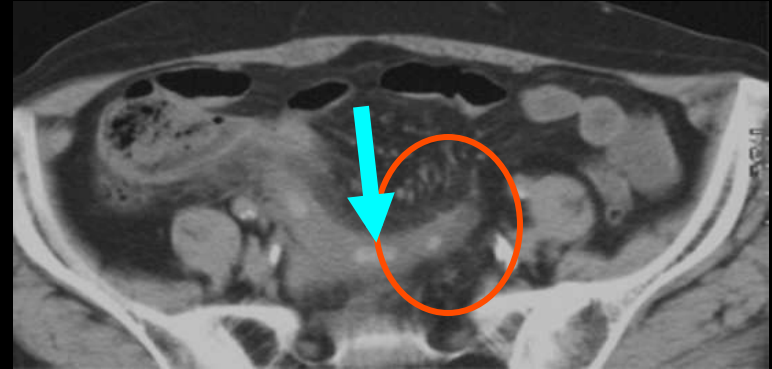
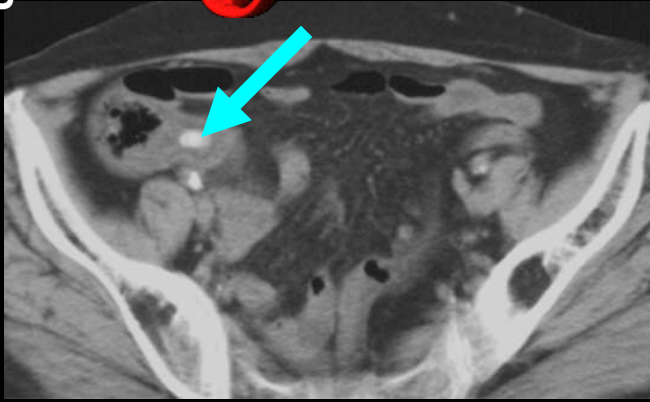
syndrome d'hétérotaxie avec asplénie (Ivemark) ou polysplénie (isomérisme gauche)



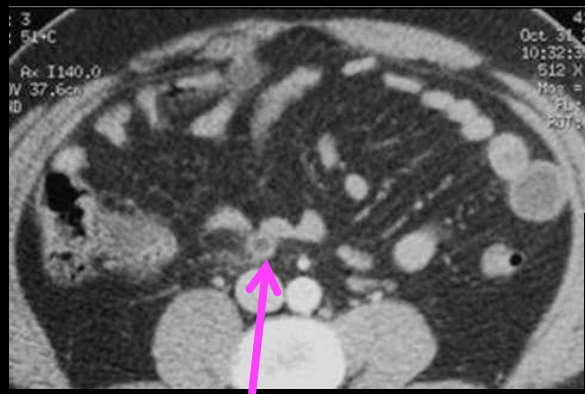
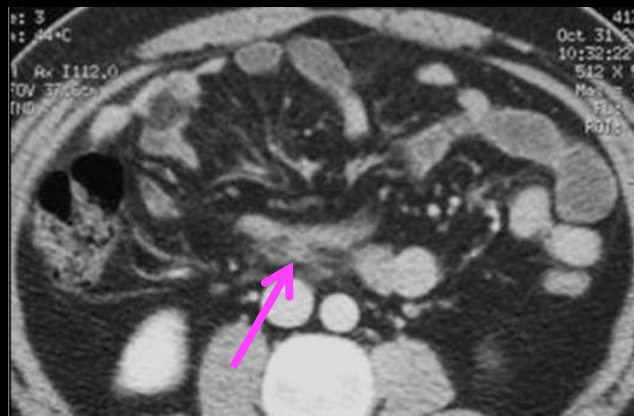
cæcum ectopique : appendicite méso-coeliale sur **mésentère commun complet**

diagnostic

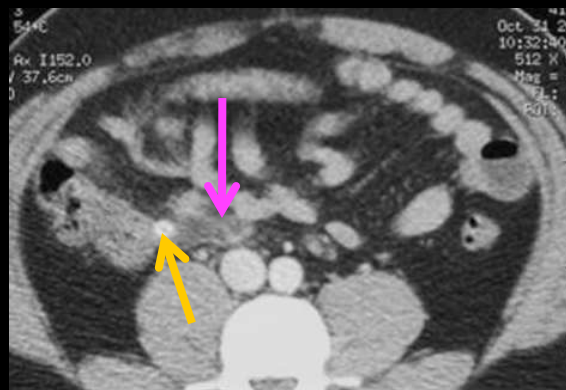
2



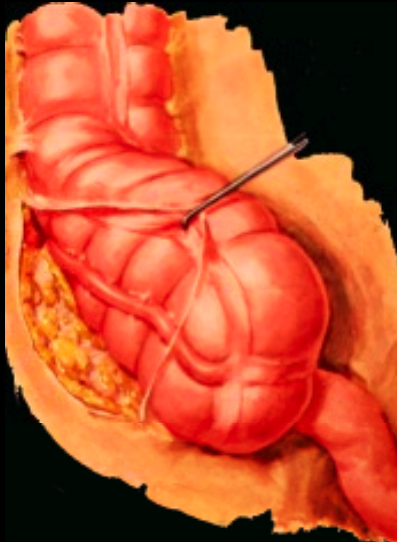
cæcum orthotopique : appendicite méso-coeliaque sur **appendice très long**



cæcum orthotopique :
appendicite méso-cœliaque
sur **appendice long** avec
coprolithe proximal

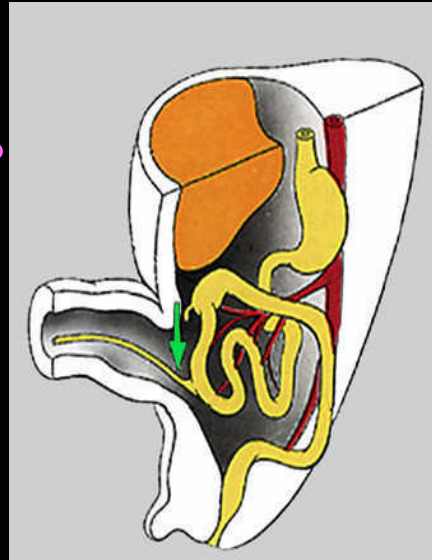


Quelle est la malposition appendiculaire la plus fréquemment observée et pourquoi



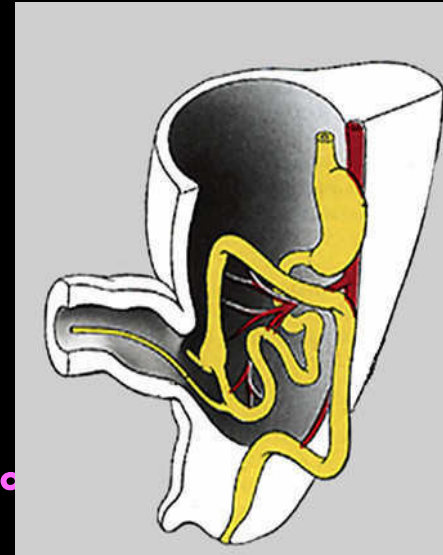
3

180°



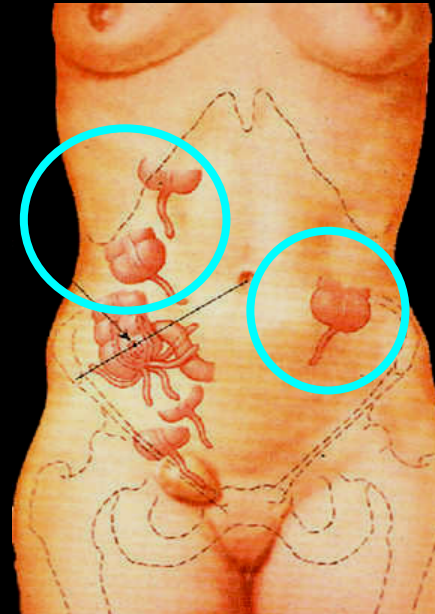
4

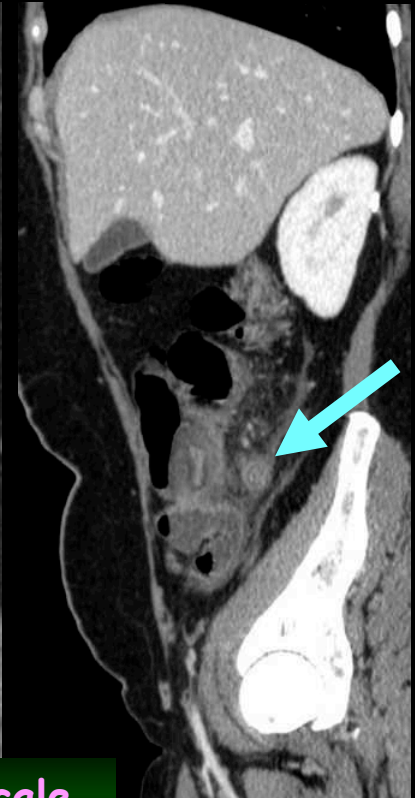
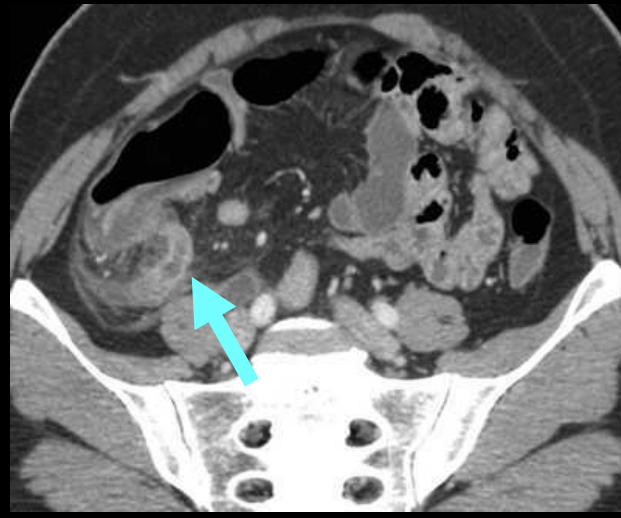
270°



Le quatrième et dernière migration du futur carrefour iléo caecal est une descente de la position sous hépatique vers la FID ; une "erreur" dans ce déplacement intéresse préférentiellement l'appendice qui est "freiné" et reste en situation rétrocaecale

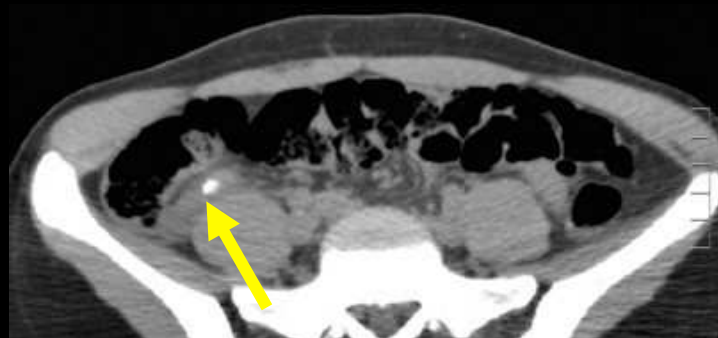
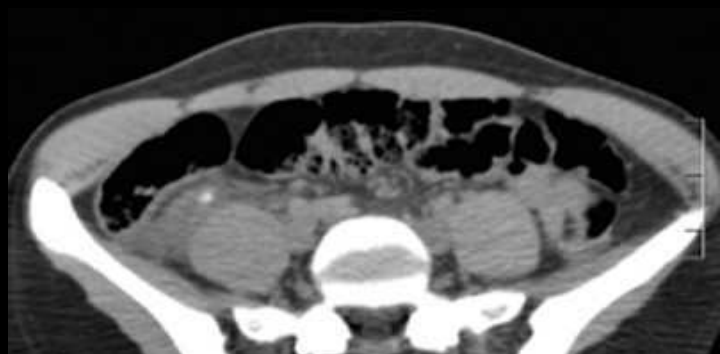
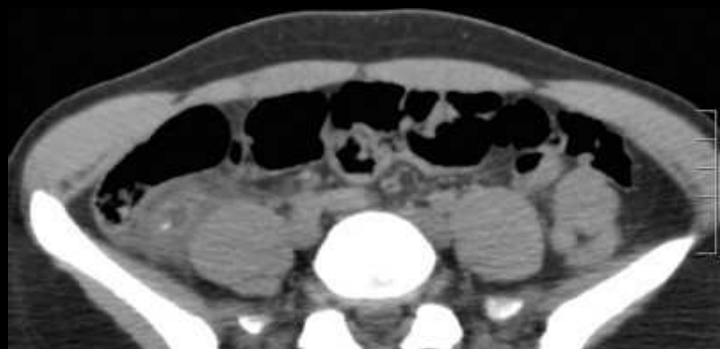
Les excès de migration expliquent les **appendicites pelviennes** ; les défauts de migration , beaucoup plus fréquents sont à l'origine des **appendicites sous hépatiques**



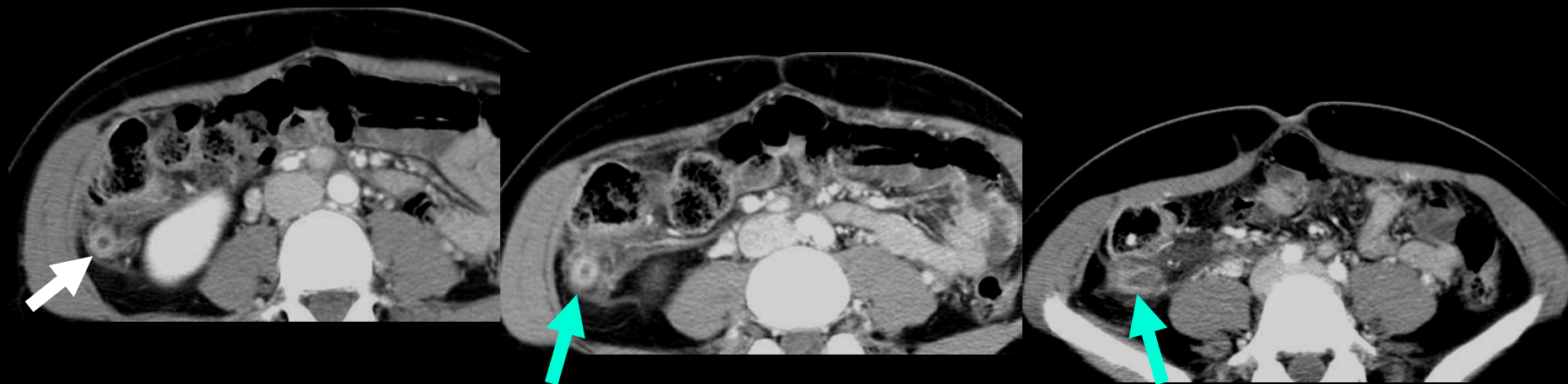


appendicite rétrocaecale

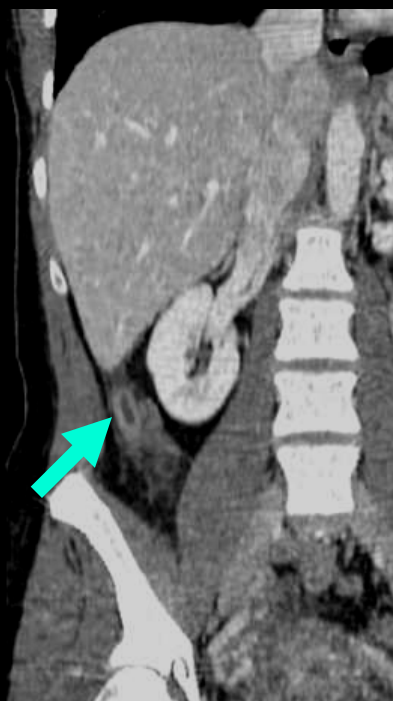
jeune femme 20 ans ; douleurs fébriles de la FID avec polynucléose neutrophile



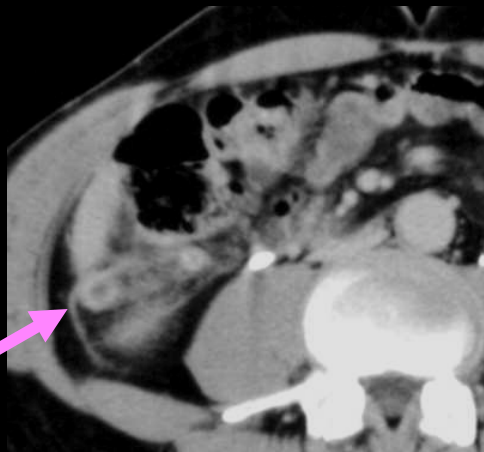
appendicite rétro caecale sur coprolithe



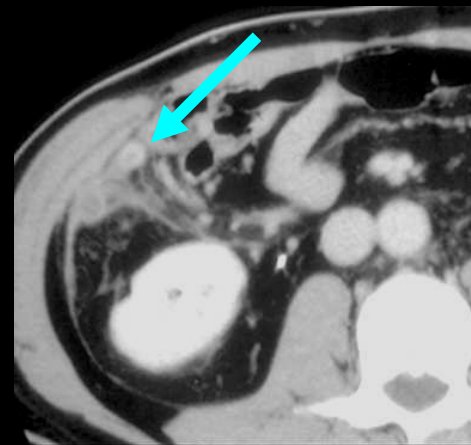
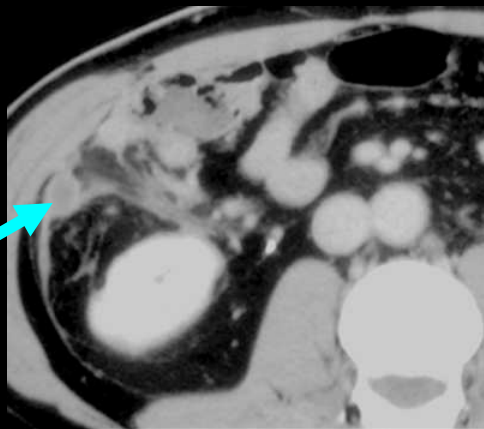
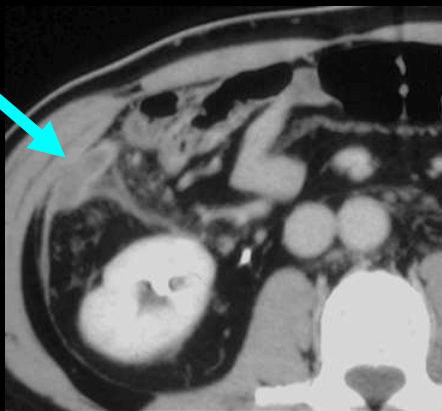
appendicite **rétro-caecale** , sous hépatique



diagnostic précis de ces 2 types d'appendicite aiguë

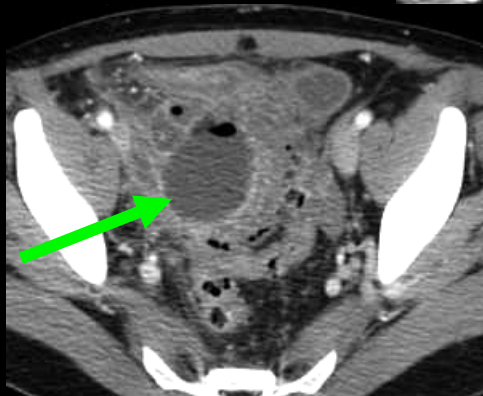
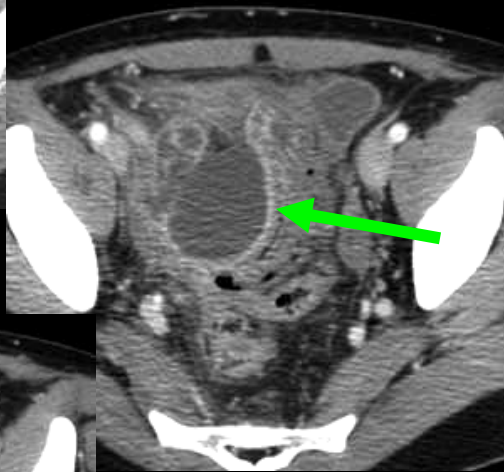
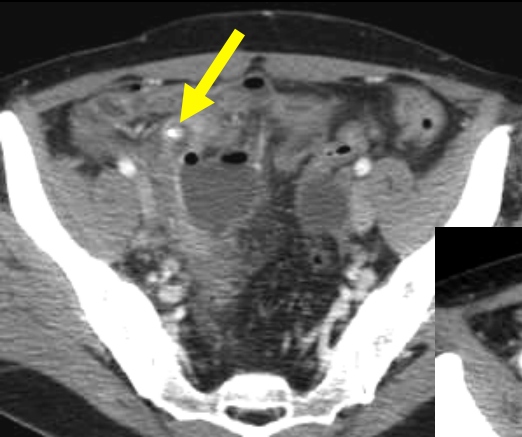


appendicite sous-hépatique **rétrocolique** ; DD: pyélonéphrite aiguë droite

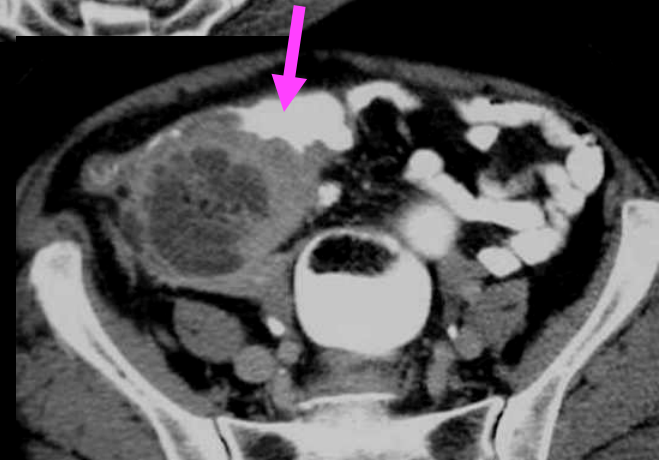
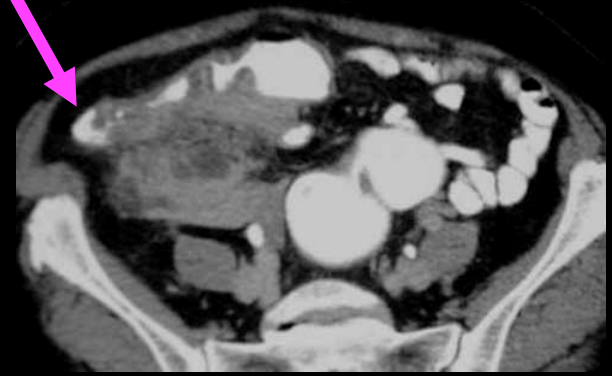


appendicite sous-hépatique **pré-colique** ; DD : chlécystite aiguë

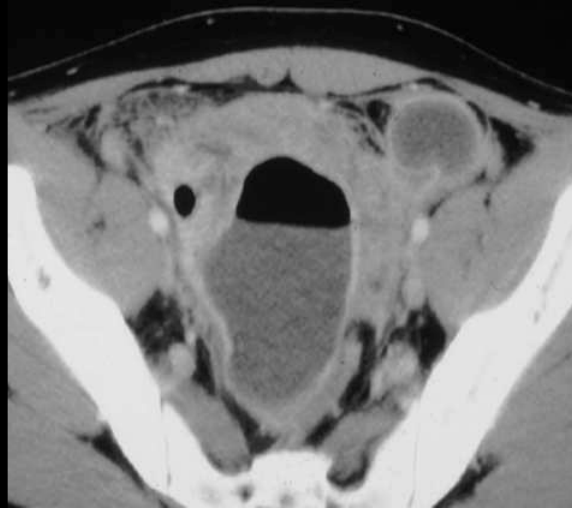
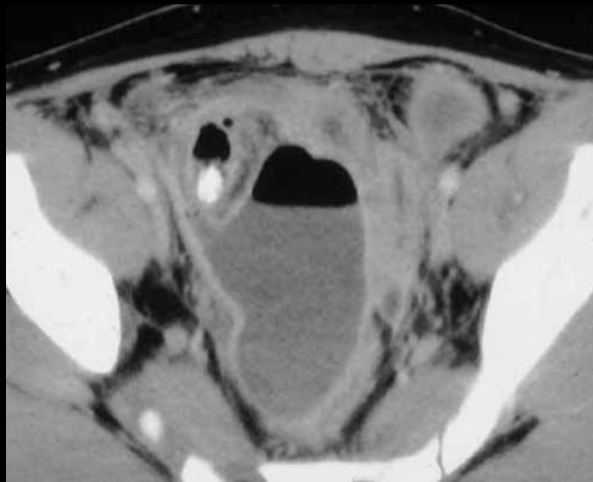
le type de complication rencontré en cas de retard diagnostique dépend de la **situation anatomique de l'appendice inflammatoire** (en particulier de son extrémité distale) ; quelles sont les appendicites aiguës le plus souvent à l'origine d'abcès en cas de diagnostic tardif



abcès appendiculaire pelvien

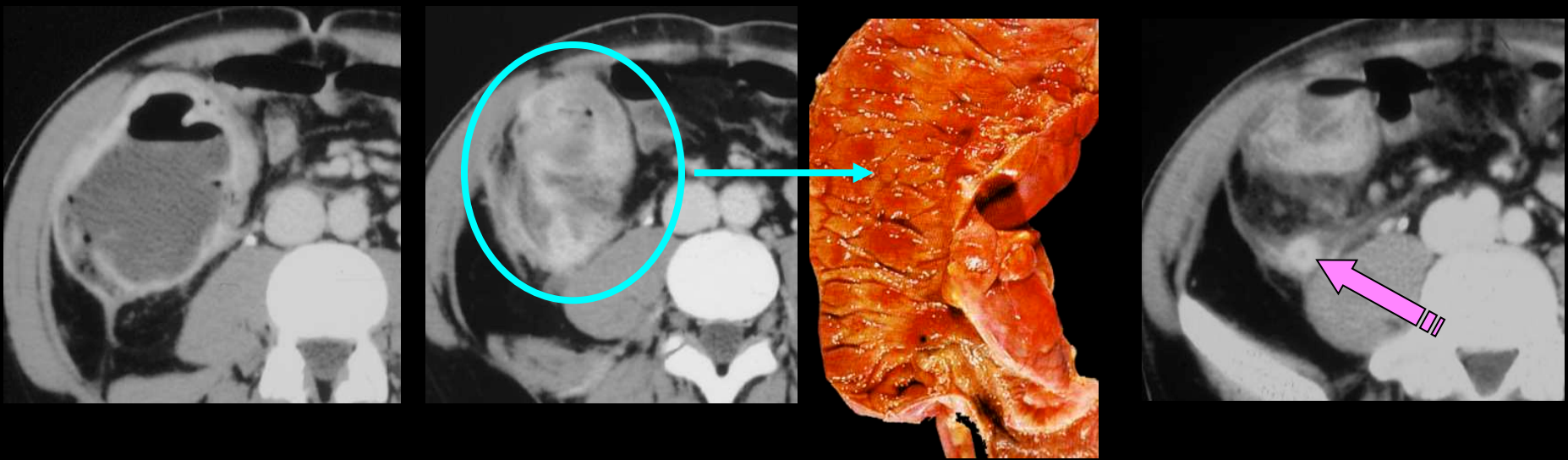


abcès appendiculaire rétro-caecal
intérêt du balisage digestif

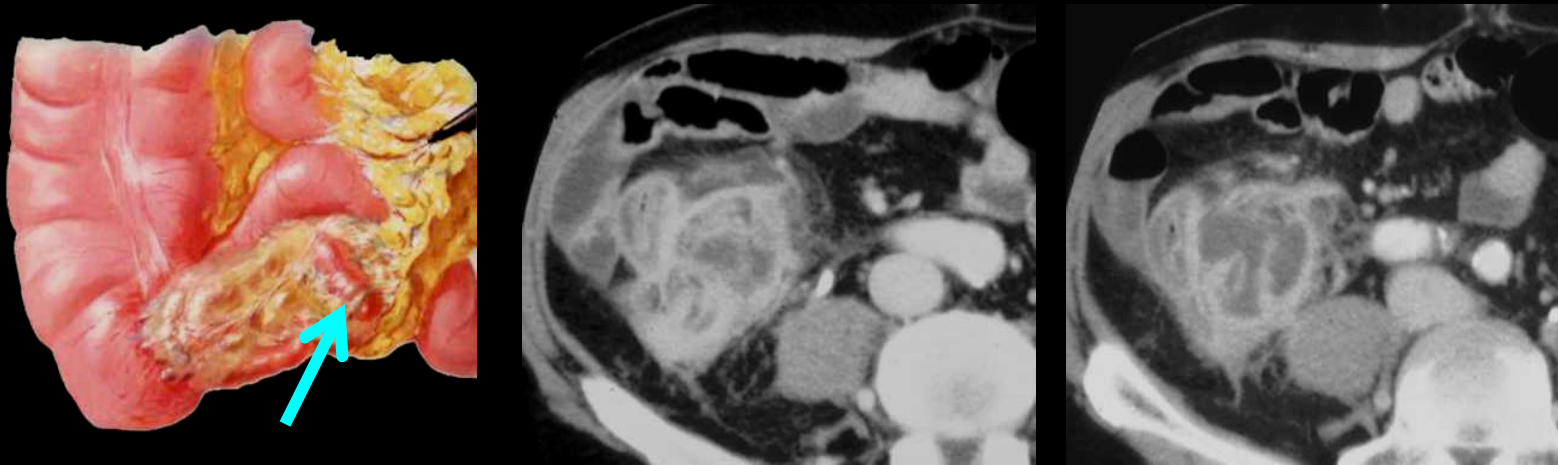


étudiant en médecine ,
traité par téléphone
par son père , médecin,
depuis 5 jours pour
"gastro-entérite"

abcès sur appendicite
pelvienne ; coprolithe
appendiculaire proximal

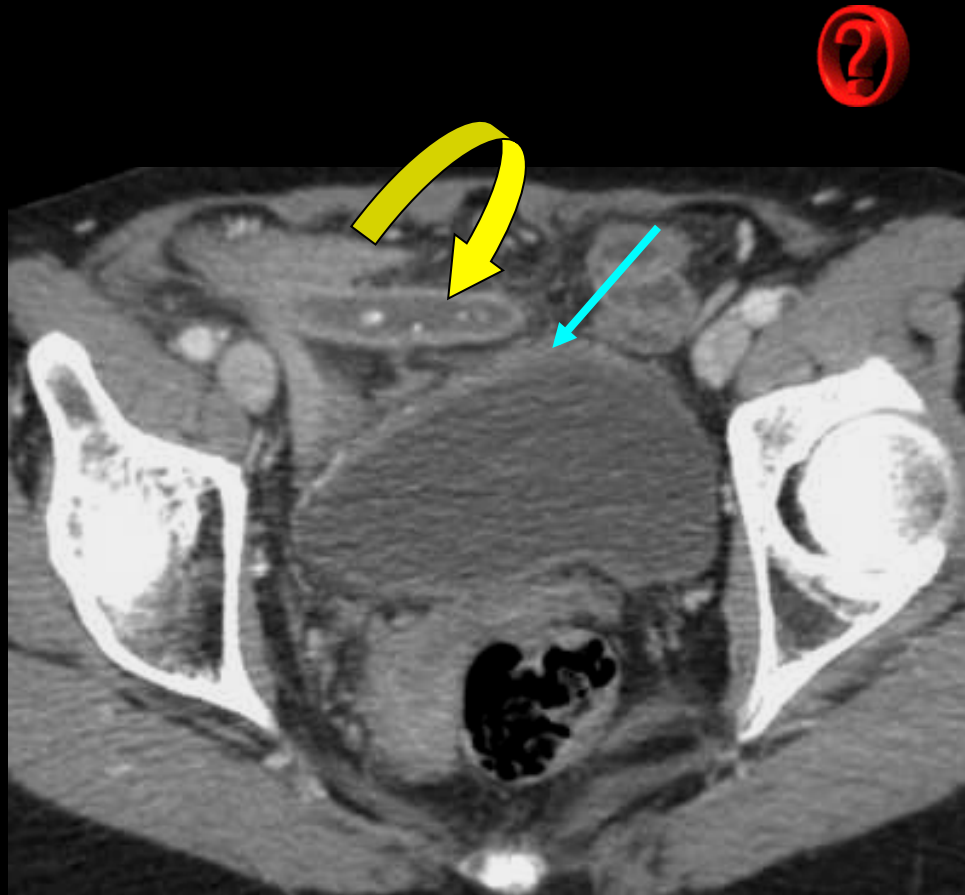


inflammation trans séreuse de la paroi caecale = **"typhlite"** réactionnelle
associée à un abcès appendiculaire; **appendice rétro-caecal**



plastron appendiculaire abcédé; tableau clinique évoluant depuis plusieurs
jours; **appendice orthotopique**

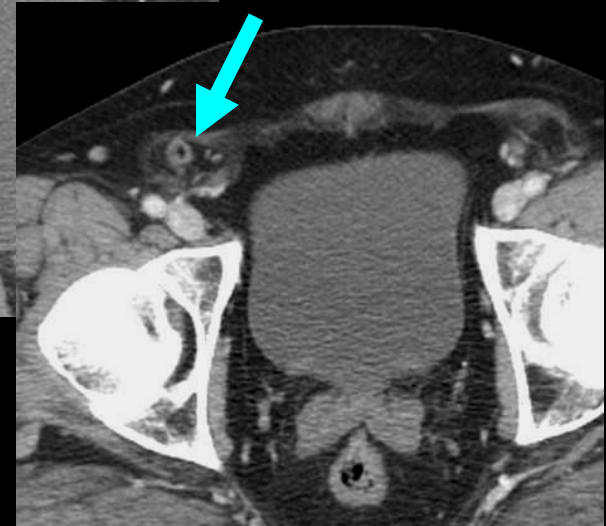
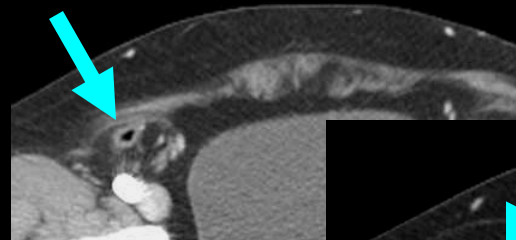
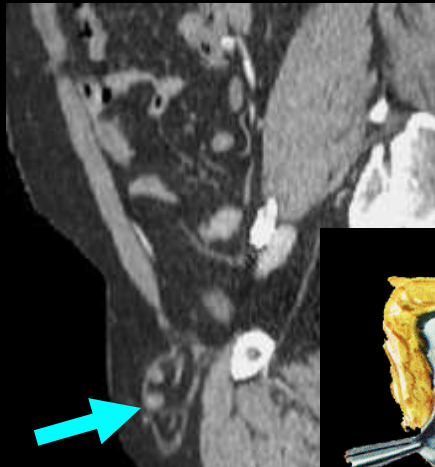
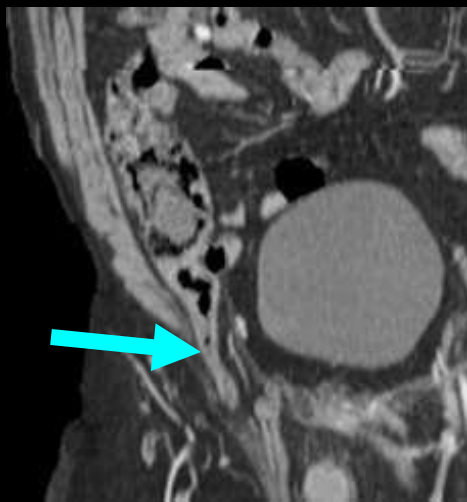
la symptomatologie révélatrice peut-être "modulée" par les relations anatomiques de l'appendice et des structures avoisinantes ;pouvez vous décrire la symptomatologie chez cette patiente



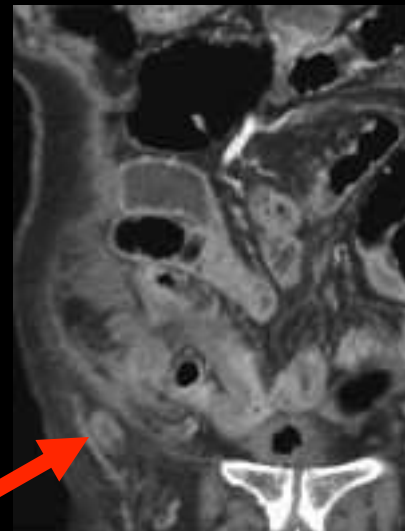
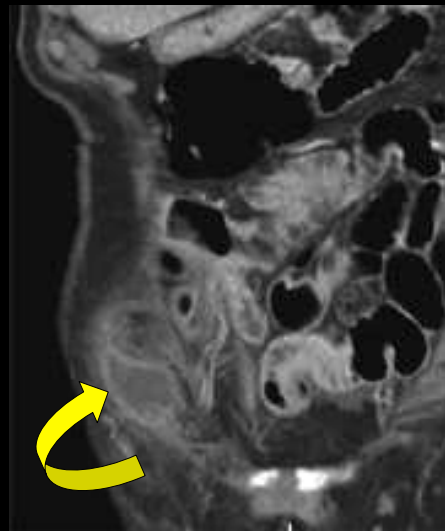
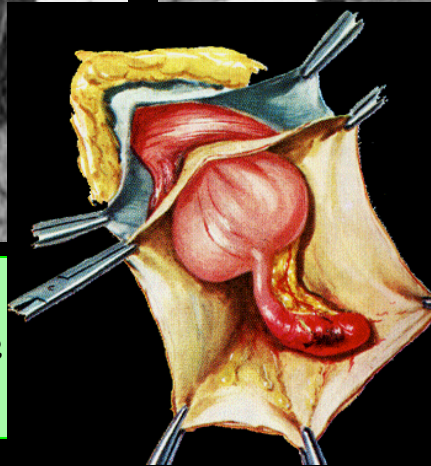
appendicite sur **appendice long** ; multiples coprolithes ;épaississement de la paroi vésicale en regard de l'extrémité de l'appendice ; "flirt" appendiculo vésical



appendicite méso cœliaque sur appendice long, venant au contact du sigmoïde ; "flirt appendiculo-sigmoïdien"

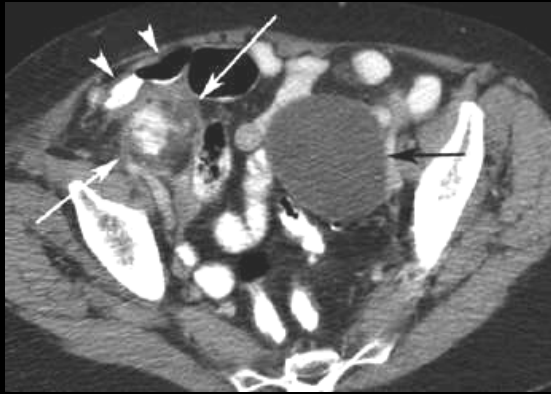


appendicite herniaire sur hernie
inguinale oblique externe (hernie de
Claudius Amyand 1680-1740)



abcès sur appendicite
herniaire inguinale
oblique externe

femme 71 ans ;phlegmon abcédé de l'aine évoluant depuis 15 jours .Quel est votre diagnostic , sachant qu'il ne s'agit pas d'une hernie de Claudius Amyand ?



l'ensemble de la lésion est en avant du muscle pectiné (+++) ; l'origine est digestive puisque le contraste endoluminal se retrouve au centre des remaniements



phlegmon appendiculaire abcédé sur hernie crurale (fémorale) ou hernie de Garengot

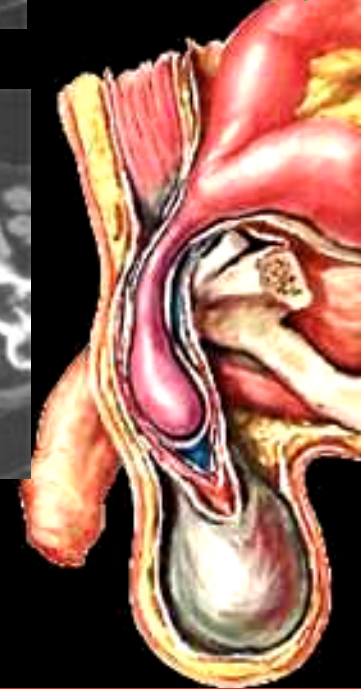
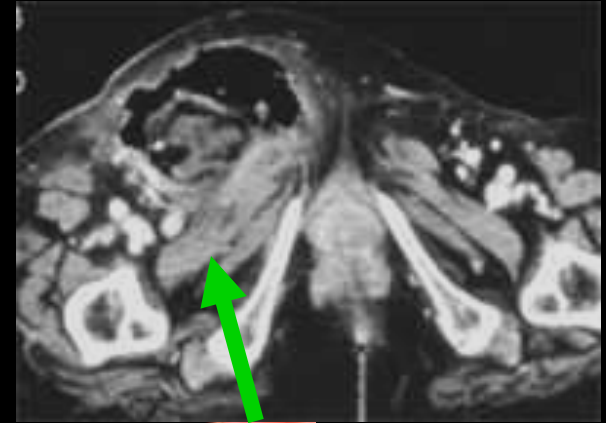
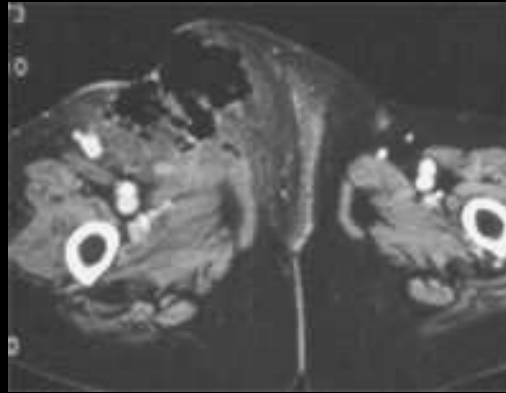


René-Jacques CROISSANT de GARENGEOT

Vitré (?) (Ille-et-Vilaine) 1688 / Cologne 10 décembre 1759

Chirurgien français, membre de la Société royale de Londres, et de l'Académie royale de chirurgie.

femme 88 ans ;phlegmon abcédé inguino-crural évoluant depuis 8jours .Quel est votre diagnostic , sachant qu'il ne s'agit pas d'une hernie de Garengot puisque le contenu n'est pas l'appendice

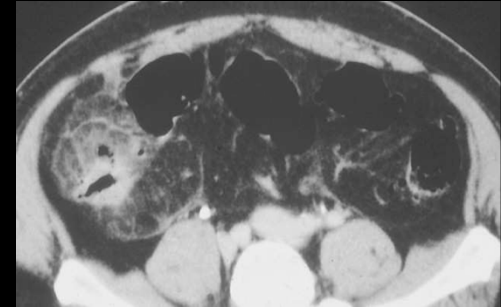
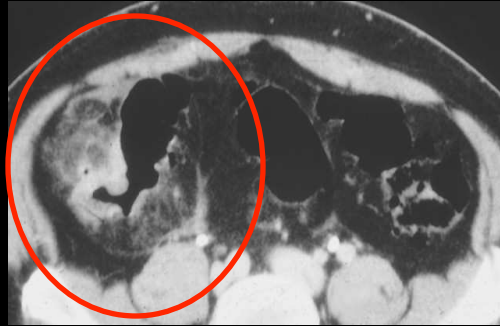
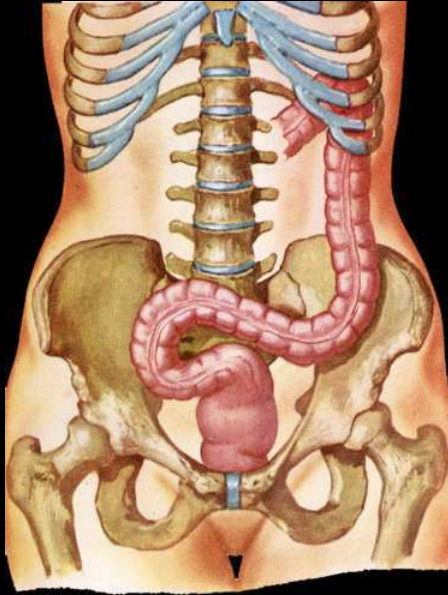


abcès sur diverticule de Meckel
dans une hernie fémorale (crurale)
hernie de Littre (Alexis)

Professeur d
anatomie à Paris
1658-1726 .
. Membre de
l'Académie des
Sciences

NB : Toute hernie renfermant le
diverticule de Meckel est une H de Littre

le sigmoïde est le segment digestif présentant les plus importantes variations morphologiques et positionnelles entre les individus ,voire chez un individu donné au cours de sa vie



diverticulite de la FID sur dolichosigmoïde horizontal



abcès inter sigmoïdo-vésical sur diverticulite de la FID ; dolichosigmoïde horizontal.

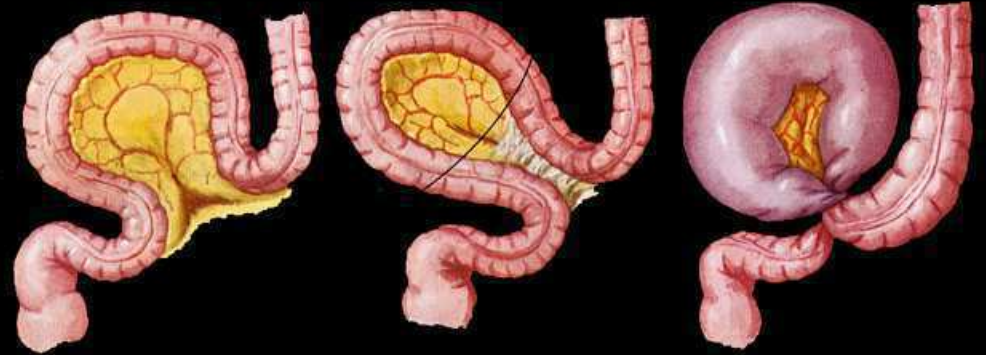
Le balisage de la lumière du recto-sigmoïde par les hydrosolubles iodés dilués est le seul moyen sûr d'identifier clairement ce segment digestif

La distension à l'eau n'est pas aussi efficace ...

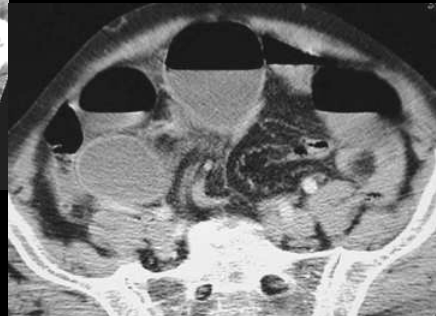
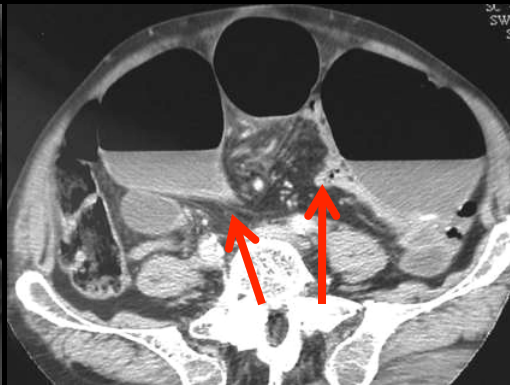
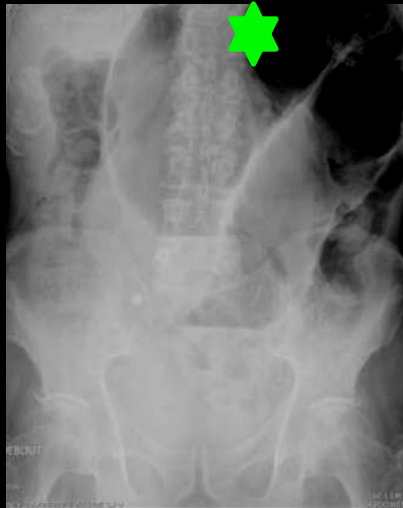
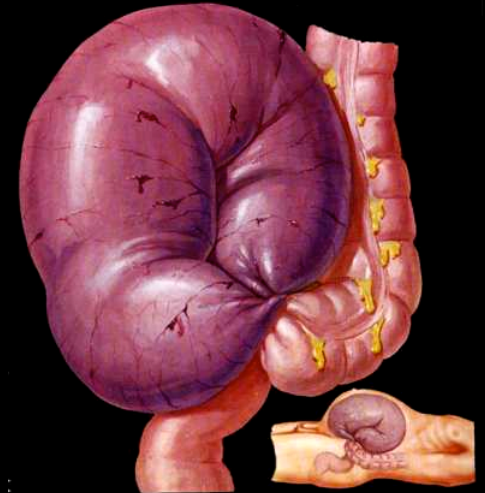
Le dolichosigmoïde vertical expose à certaines complications ; lesquelles



NB la boucle sigmoïdienne remonte au dessus du niveau du colon transverse (nothern exposure sign) dans les volvulus mésentérico-axiaux-axiaux



Le volvulus du sigmoïde est le plus connu ; le type classique ou volvulus mésentérico axial caractérisé par une convergence des 2 jambages qui s'entrecroisent au niveau du pelvis



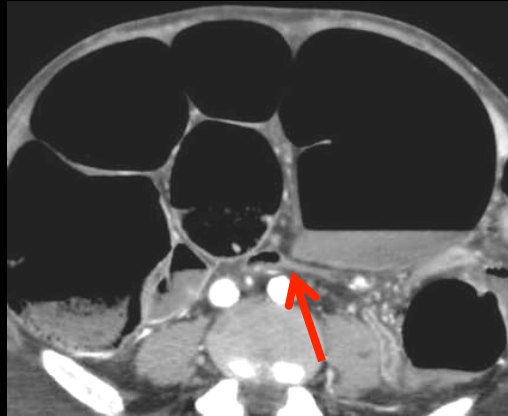
2 signes du bec



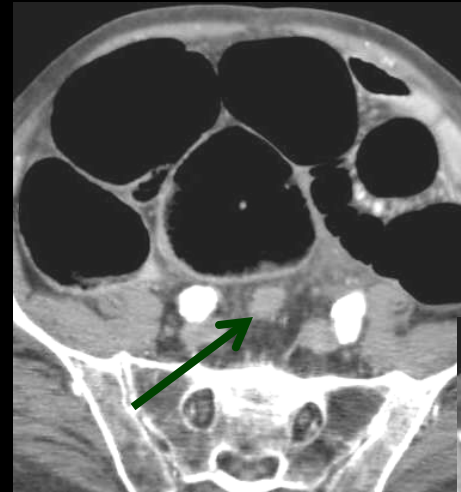


Le volvulus organo axial

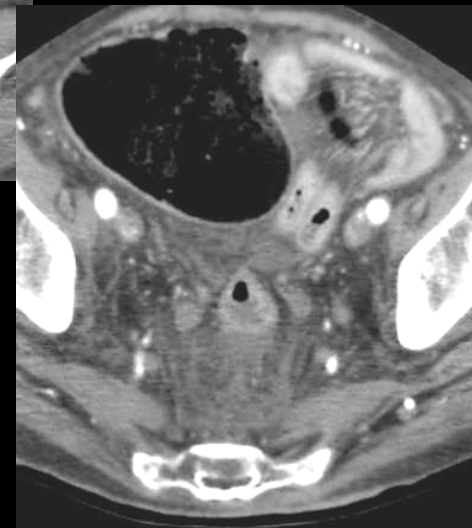
est une torsion axiale de la jambe distale du sigmoïde sans entrecroisement dans le pelvis , généralement chez des sujets âgés , avec paroi abdominale antérieure distendue ,



1 seul signe du bec

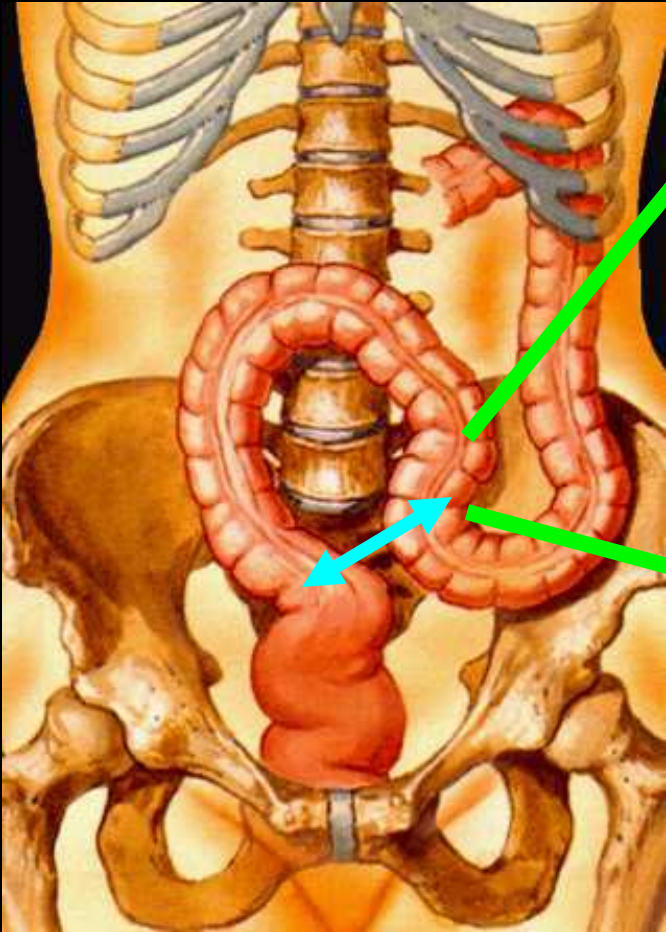


Un segment rétréci correspondant au segment volvulé , entouré par les vaisseaux

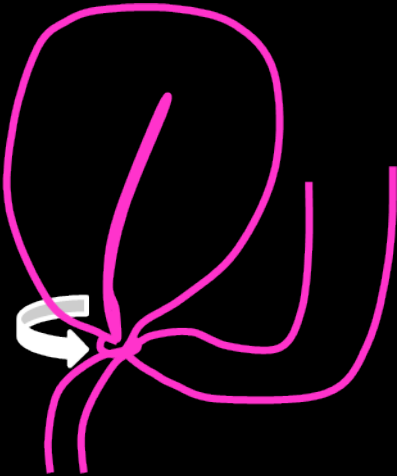


NB la boucle sigmoïdienne ne remonte pas au dessus du niveau du colon transverse (pas de nothern exposure sign) dans les volvulus organo-axiaux

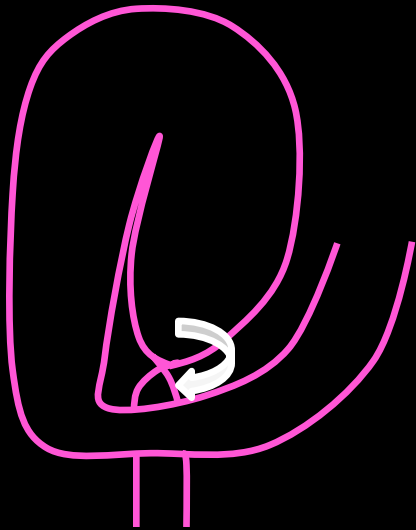
volvulus du sigmoïde organo-axial : mythe ou réalité ? hypothèses physiopathologiques

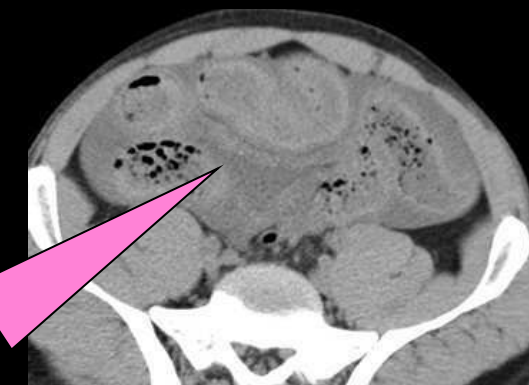
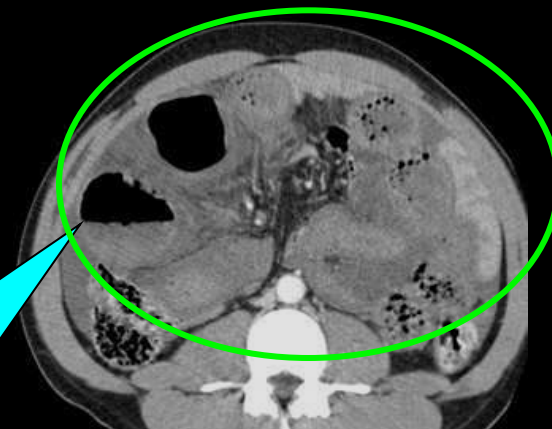


espace interjambages court :



espace interjambages long

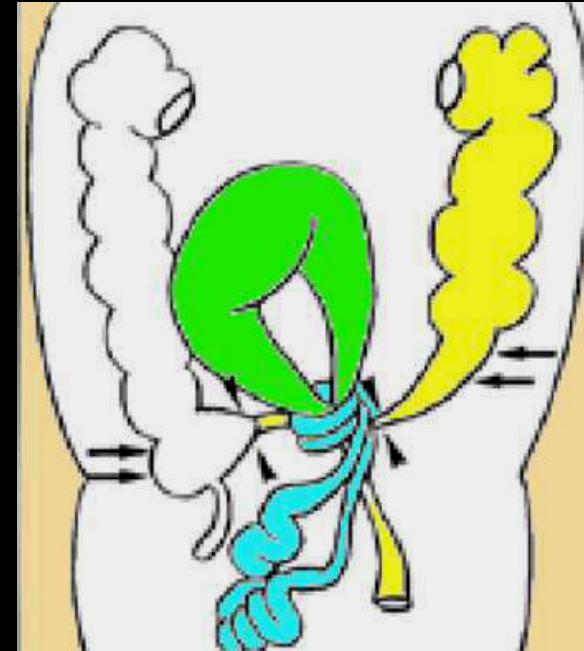
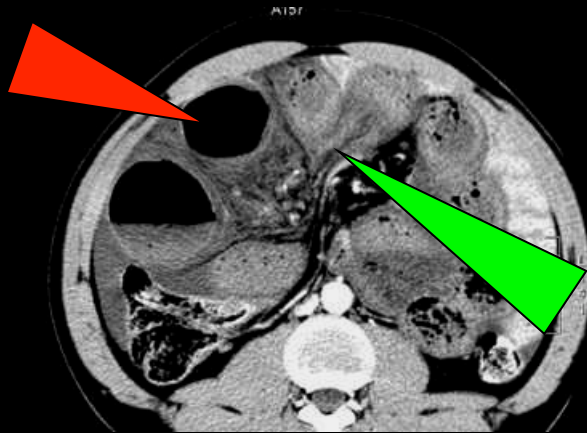
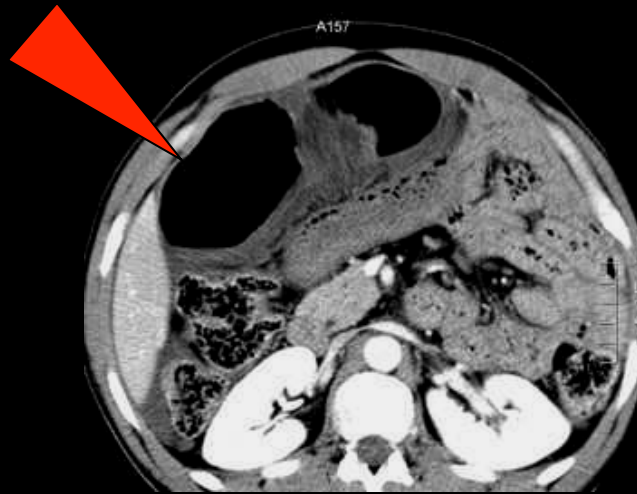




homme 34 ans ; africain

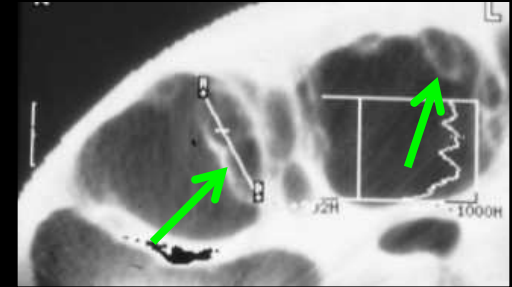
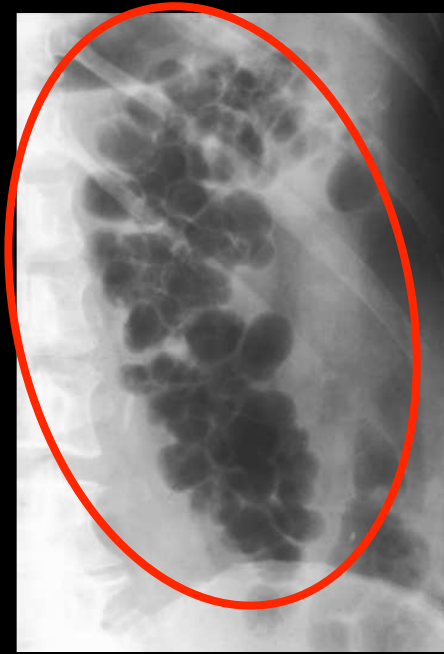


Obs. Marc Zins Hôpital St Joseph Paris



noeud iléo-
sigmoïdien ; iléo-
sigmoid knot ;
double volvulus

patiente de 68 ans douleurs abdominales atypiques , alternance diarrhée constipation , pas d'atteinte de l'état général ;quel est votre diagnostic



La **pneumatose kystique du colon de l'adulte** est la conséquence d'une hyperproduction de gaz colique (fermentation des hydrates de carbone) et d'un défaut de dégradation du méthane généralement consécutif à une hypoxie chronique qui perturbe la flore intestinale

Elle peut être favorisée et se localiser électivement au niveau d'un dolichosigmoïde vertical , comme ici , et donner à l'ASP ces images typiques de grappe de bulles gazeuses



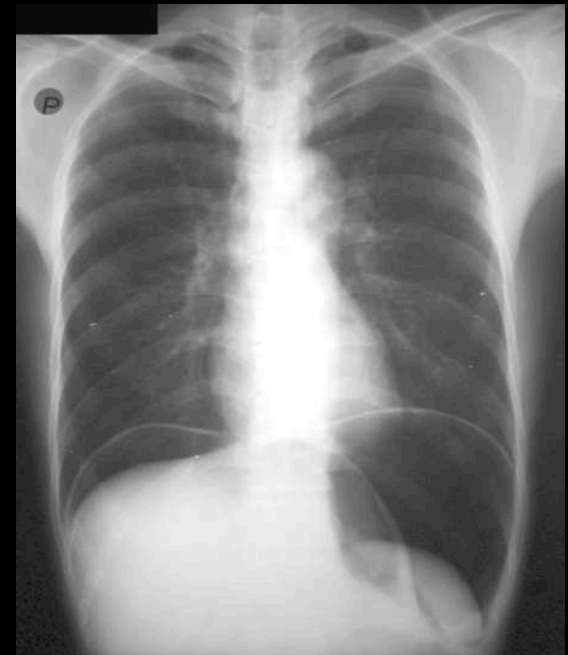
il y a peu de diagnostics différentiels devant des images de pneumopéritoine volumineux sur un ASP d'abdomen urgent (station verticale ,rayon directeur horizontal)



A



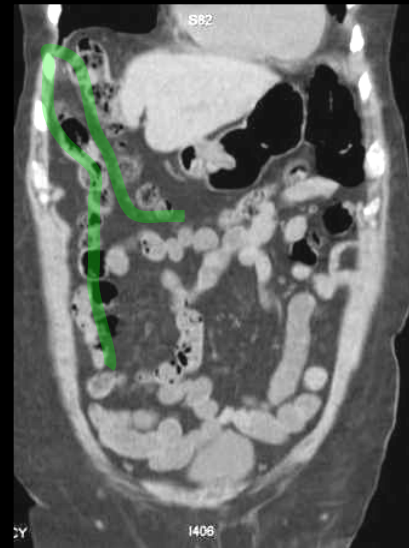
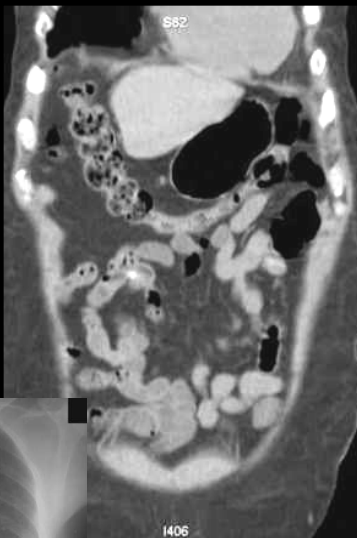
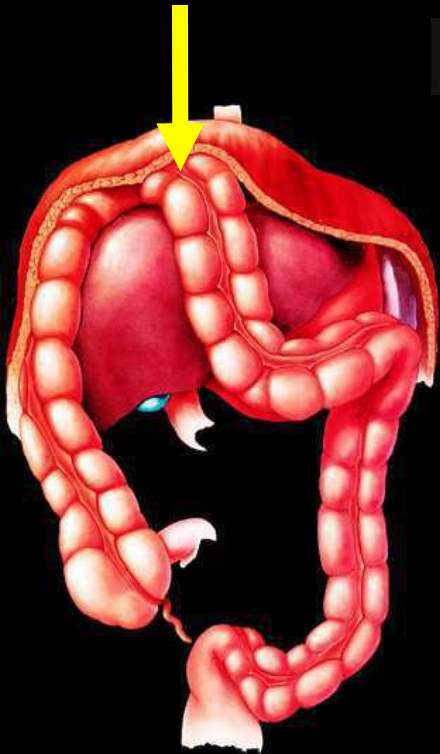
B



C

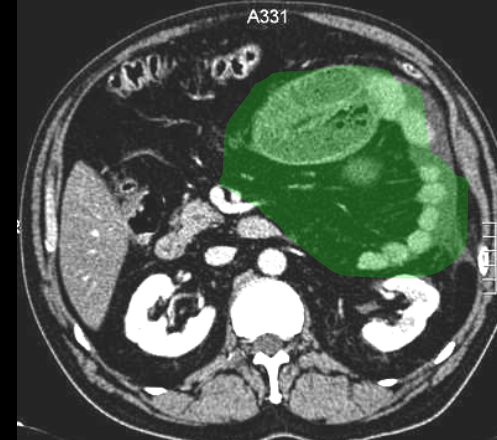
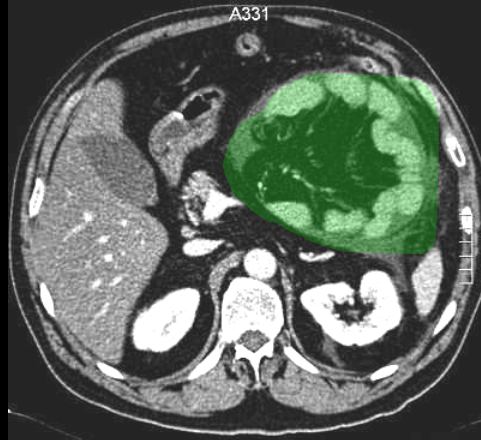
quel(s) malade(s) ne faut-il pas opérer et pourquoi





B

syndrome de Chilaïditi ou interposition inter hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit ,qui suppose un défaut 'accolement de l'angle colique droit

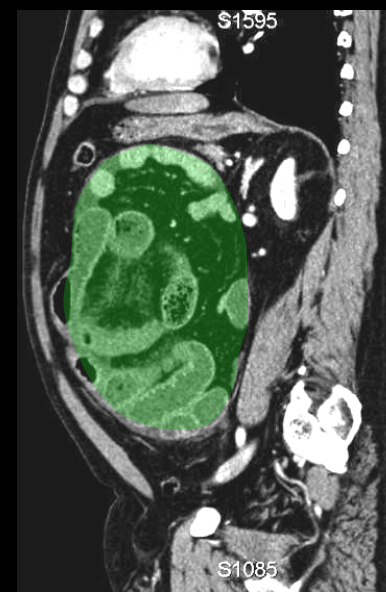
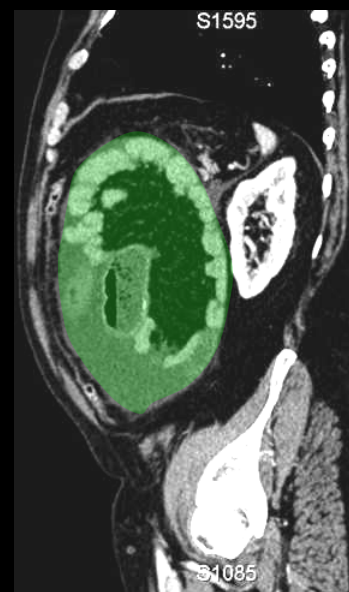
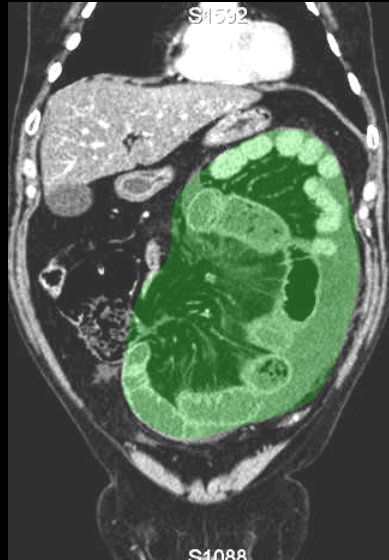
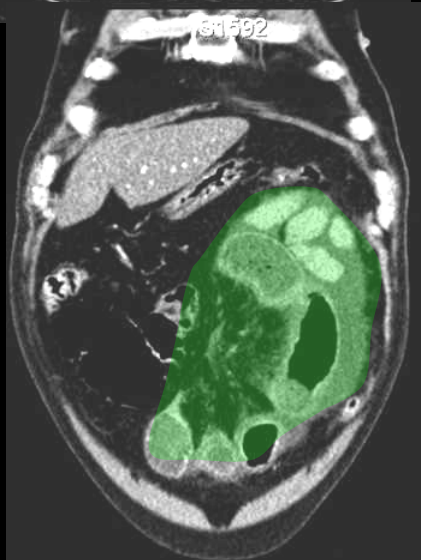


Obs Dr Brigitte
CHAUFOUR-HIGEL
Service Pr L. Pierot
CHRU Maison Blanche
REIMS



homme 64; épisode aigu subocclusif
algique ;résolution spontanée en
quelques heures ; endoscopies gastro-
duodénale et colique sans particularités

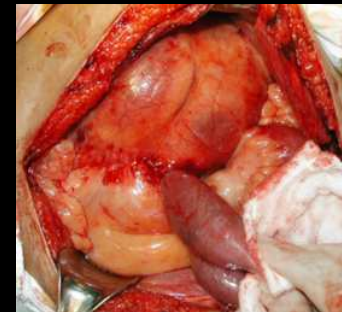
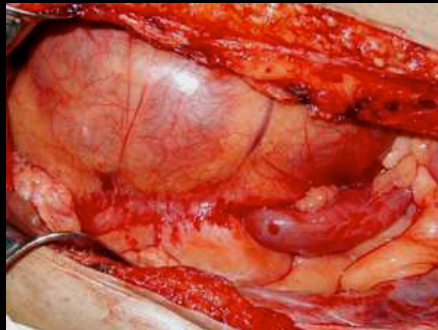
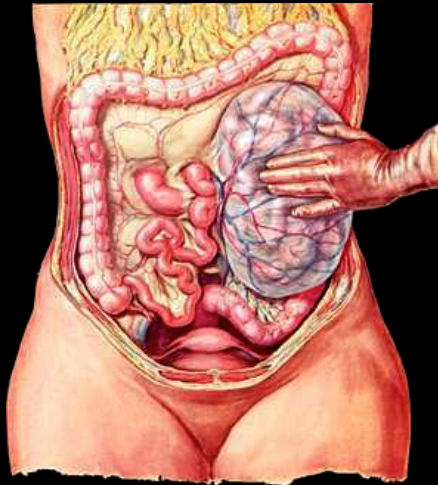
quel est votre diagnostic ; comment
pouvoir l'affirmer





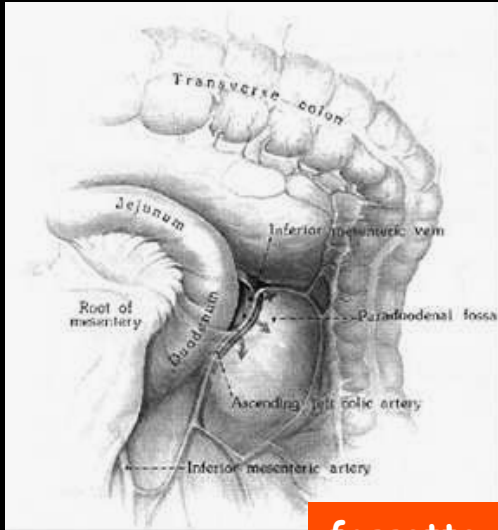
les anses jéjunales en distension liquidienne et l'épanchement liquide satellite ont une disposition "sac-like" ; elles sont donc dans un "sac" péritonéal provoqué par un décollement de feuillets péritonéaux au cours du développement embryologique .

dans cette localisation , il ne peut s'agir que d'une hernie para duodénale antérieure gauche

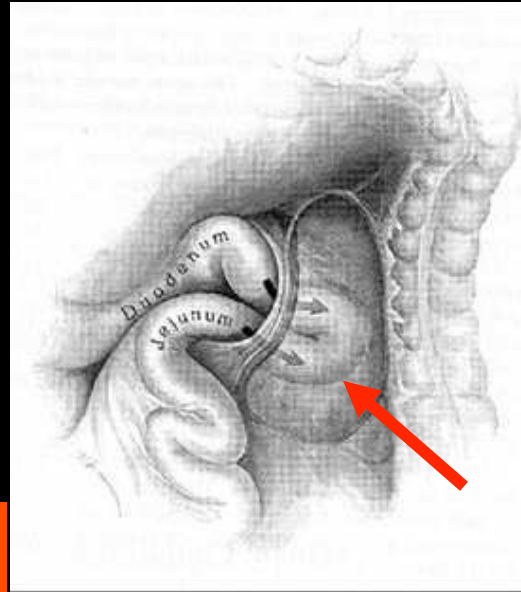


*hernie para duodénale antérieure gauche
obs. Dr IN. Phi, Saigon*

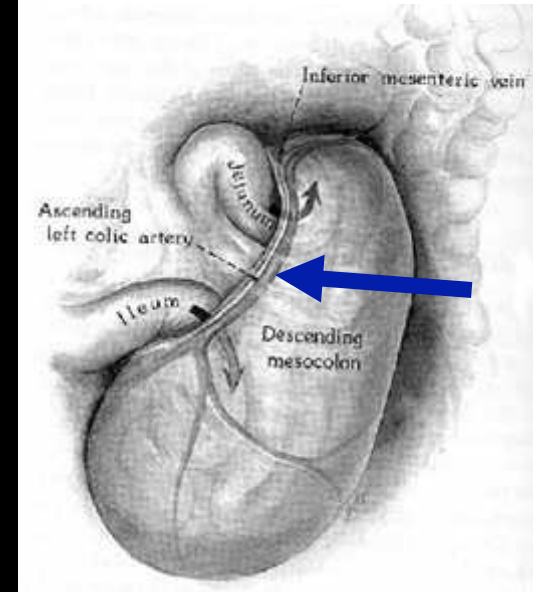
hernies para duodénales antérieures gauches



fossette de
Landzert



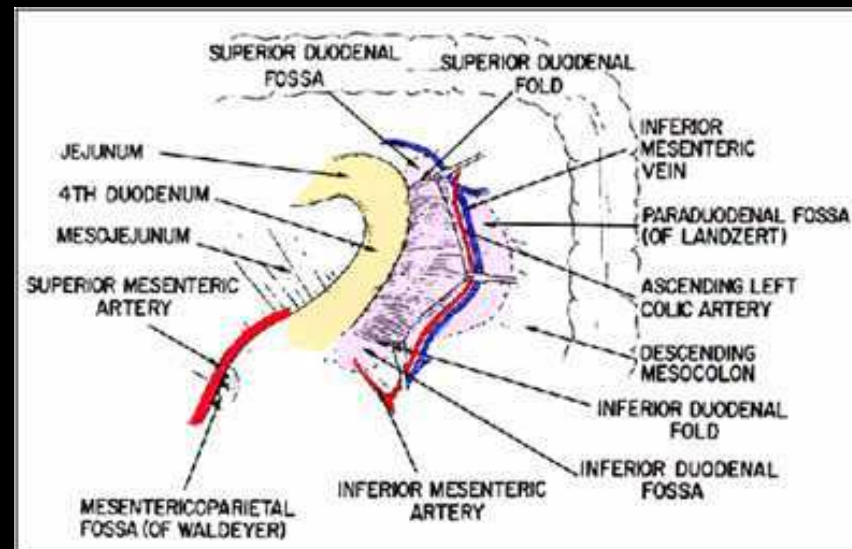
MEYERS MA. Internal hernia
in: MEYERS MA ed *Dynamic radiology of the abdomen*
5th ed. .New York, NY: Springer-Verlag,
2000;711-748

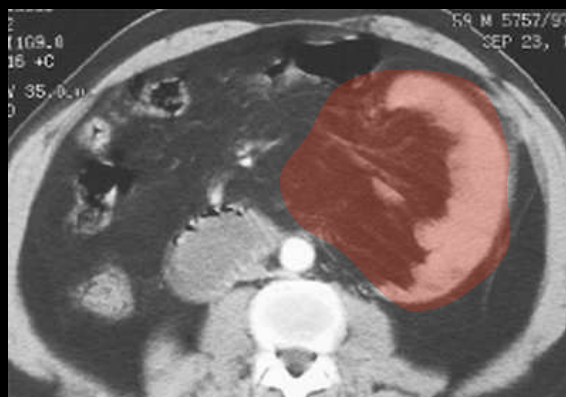
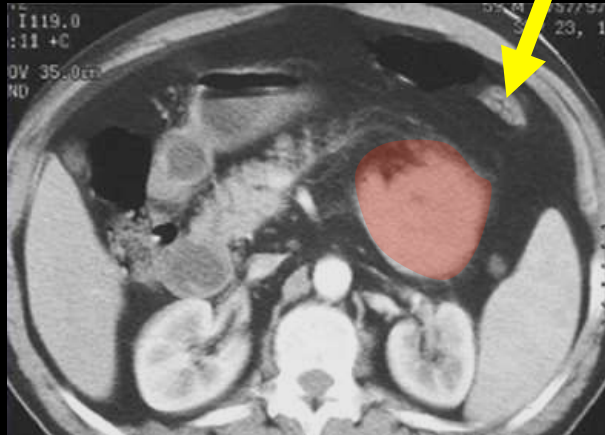
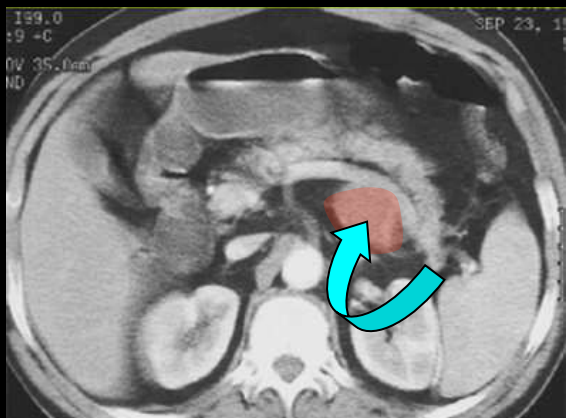


ce sont les formes théoriquement les plus
fréquentes

elles se développent sous l'action du
péristaltisme intestinal dans un décollement
progressif du fascia de Toldt gauche à partir de
la **fossette para duodénale de Landzert**

Le repère vasculaire essentiel est **la veine
mésentérique inférieure** qui passe en avant du
collet ou du sac . Il est indispensable de le
rechercher pour éviter les "faux positifs"



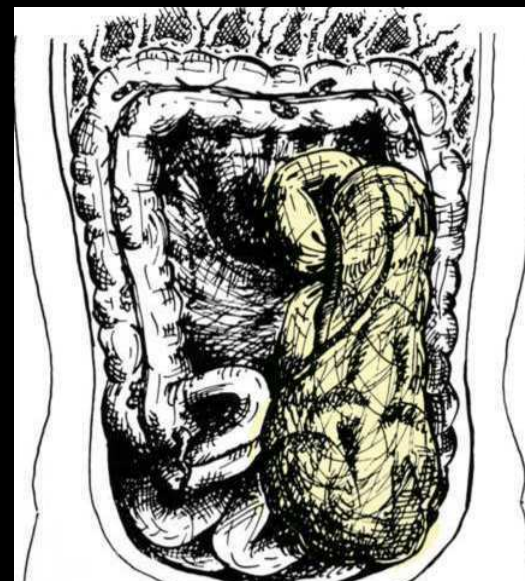


obs. G Genin CH Annecy

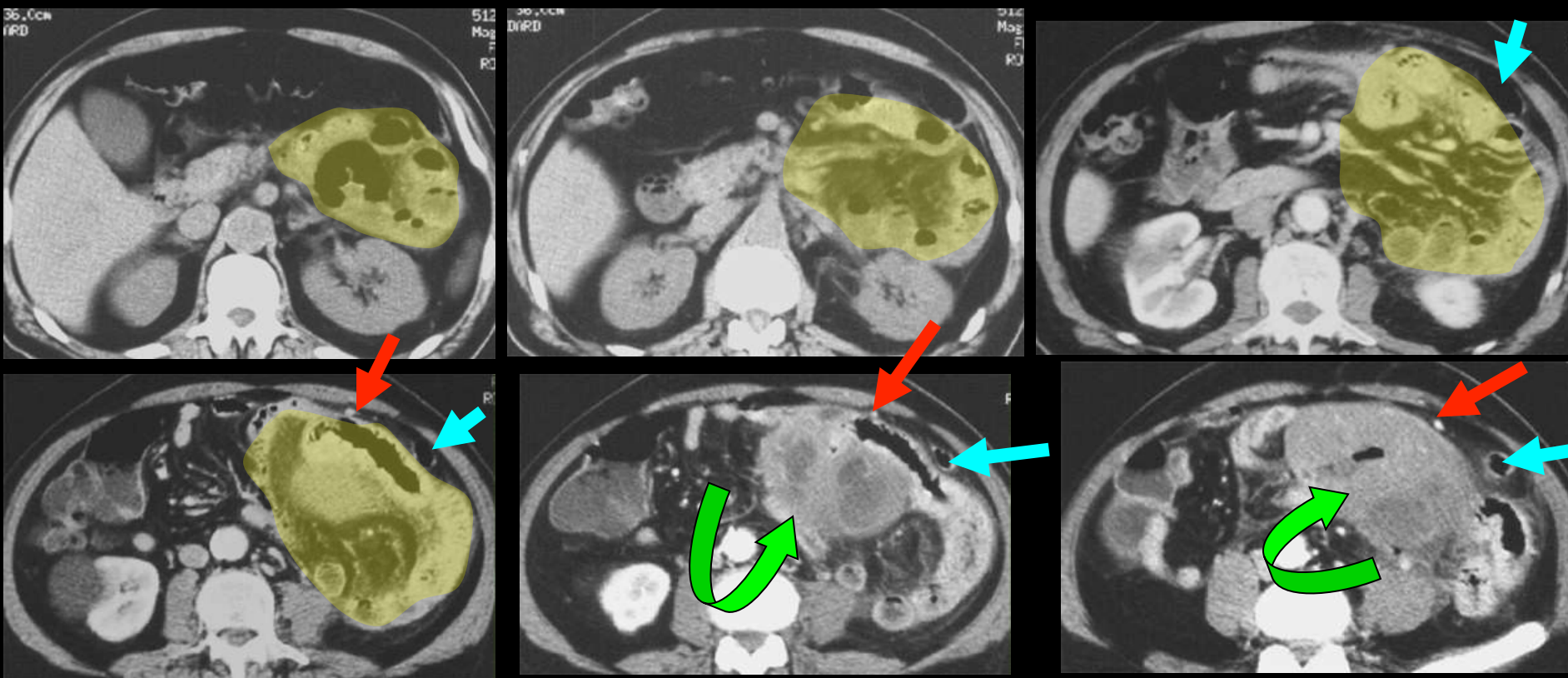
hernie para-duodénale antérieure gauche



CT of internal hernias
TAKEYAMA N, GOKAN T, OHGIYA Y and
all.
RadioGraphics ;2005,25:997-1015



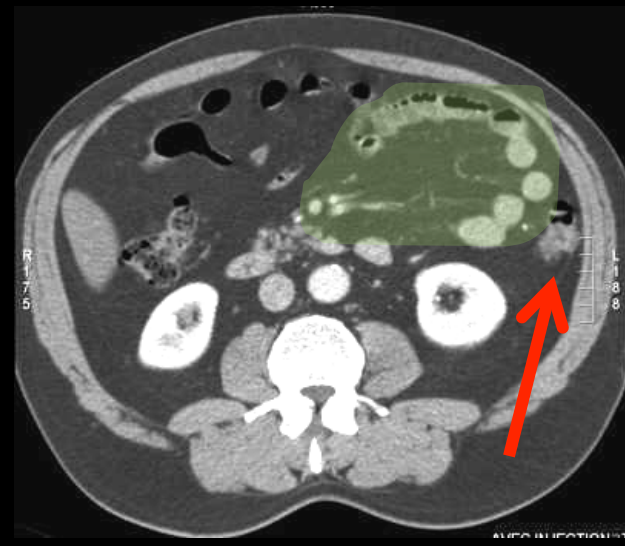
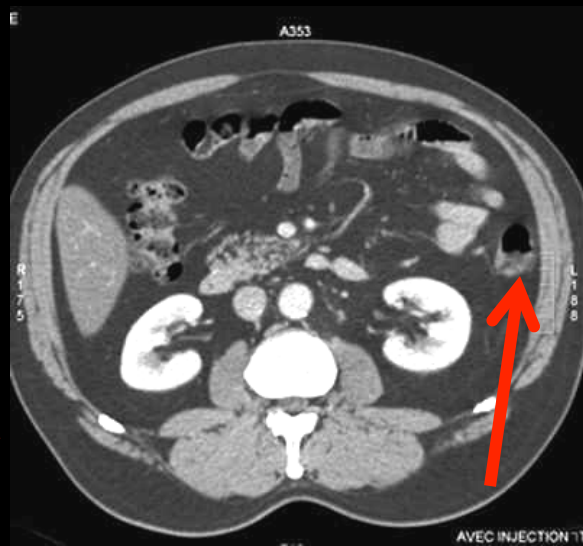
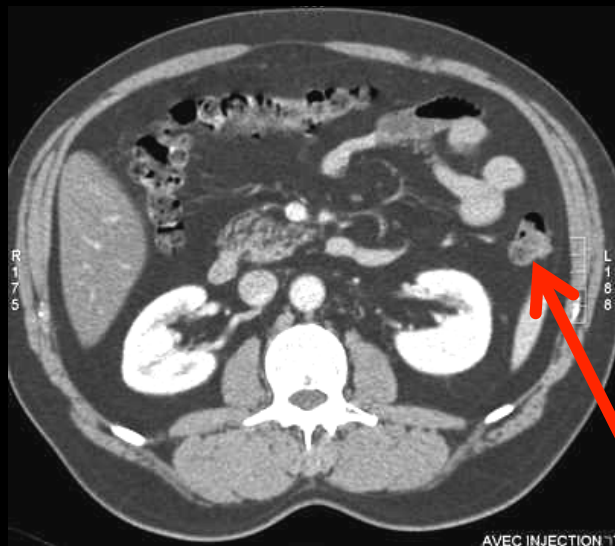
Les hernies internes de l'abdomen , à propos de 14 cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E. GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95



évidemment, vous avez bien vu qu'il existe en plus une
tumeur stromale du grêle sur une des anses
herniées !!!

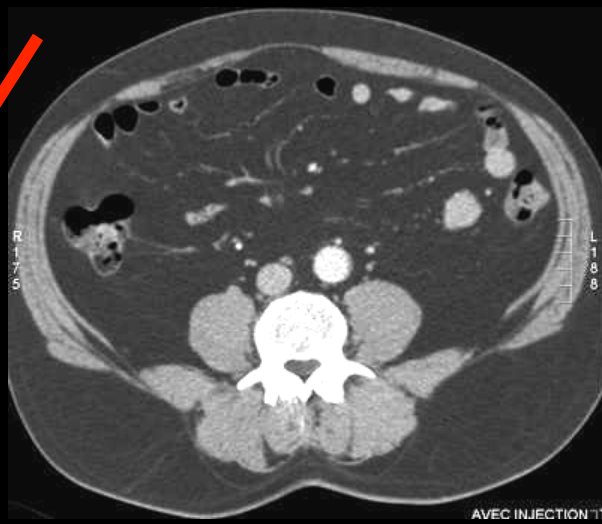
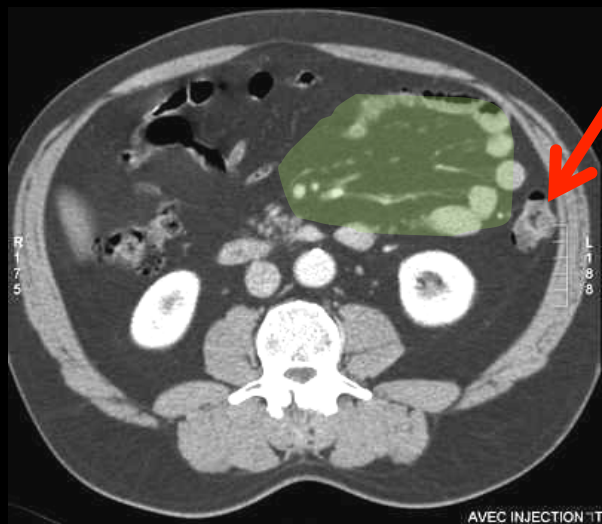
hernie para-duodénale antérieure gauche

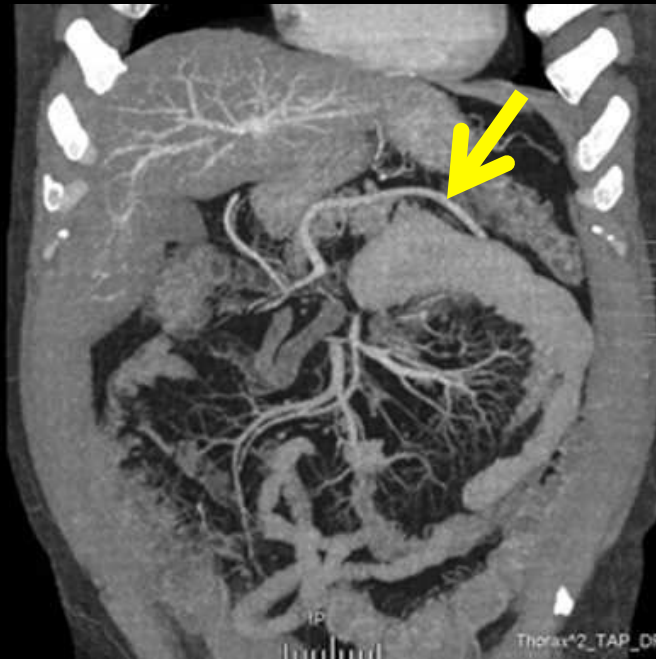
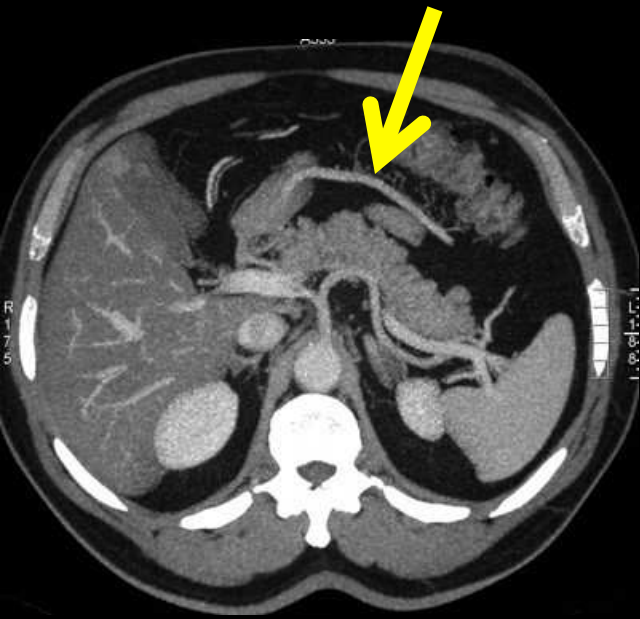
obs. E. Teil CHU Grenoble



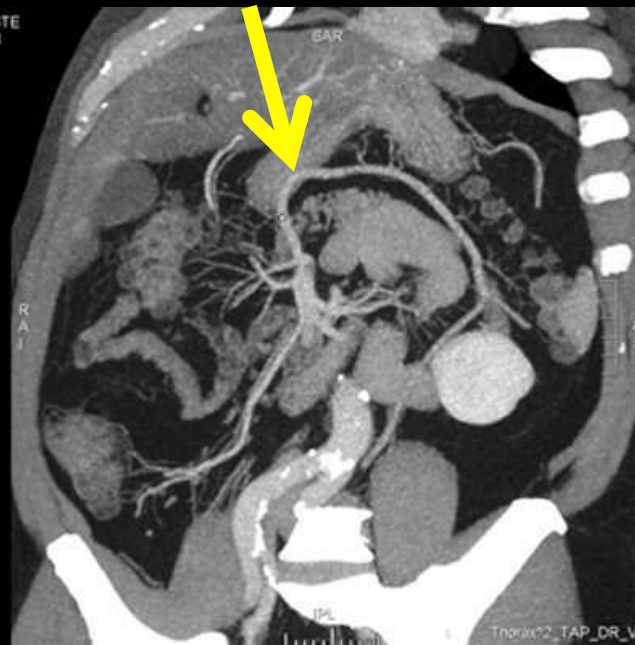
homme 56 ans vigneron ; douleurs abdominales atypiques

*Obs Dr J Garnon
DES Strasbourg
CH Colmar*



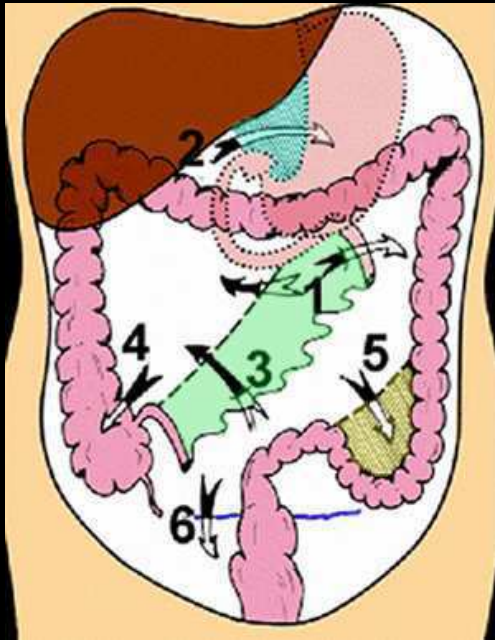


la VMI "circonscrit"
le collet herniaire
qui la refoule en haut
et à droite, avant
qu'elle ne se jette dans
la veine mésentérique
supérieure, à proximité
immédiate du confluent
spléno mésaraïque



la révélation clinique
de ces hernies se limite
le plus souvent à des
crises douloureuses
spontanément
résolutives car le collet
est large et les risques
d'étranglement sévère
sont faibles. Less
patients sont rarement
opérés

pouvez vous citer les autres sièges possibles de hernies internes se développant dans un orifice normal ou para normal du péritoine et quelles en sont les particularités cliniques



ce sont les formes dont le diagnostic est le plus simple car :

-les anses intéressées par le processus herniaire se présentent sous un aspect "sac like" sphérique ou ovoïde, à lui seul très évocateur

-les sièges possibles de ces hernies sont bien connus :

hernies du hiatus omental

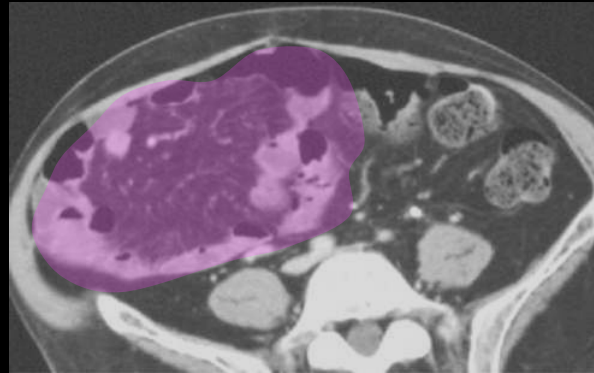
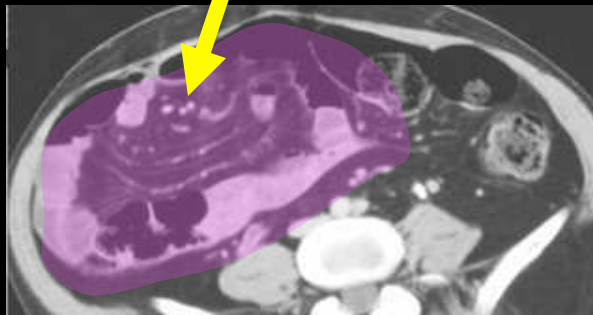
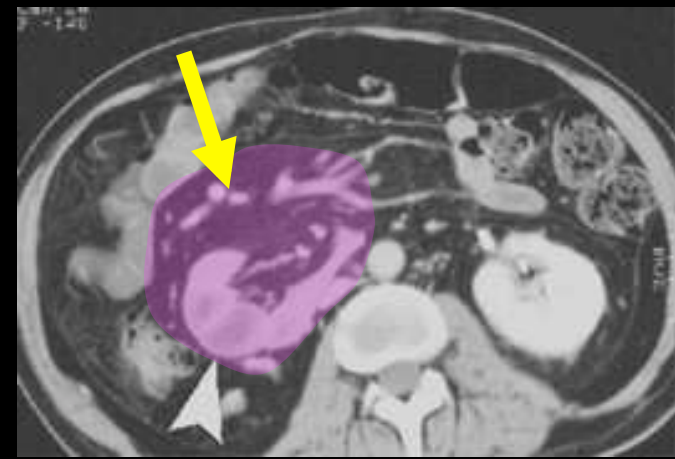
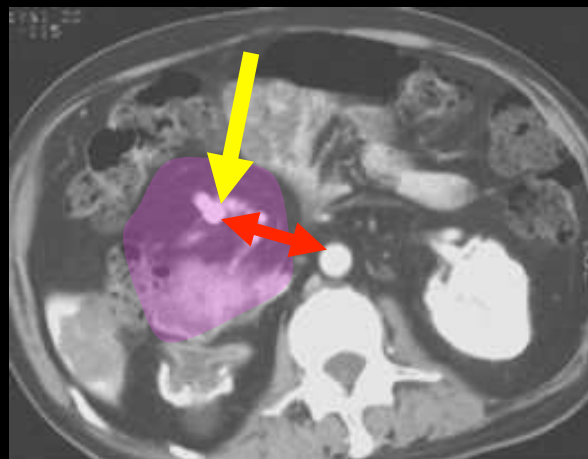
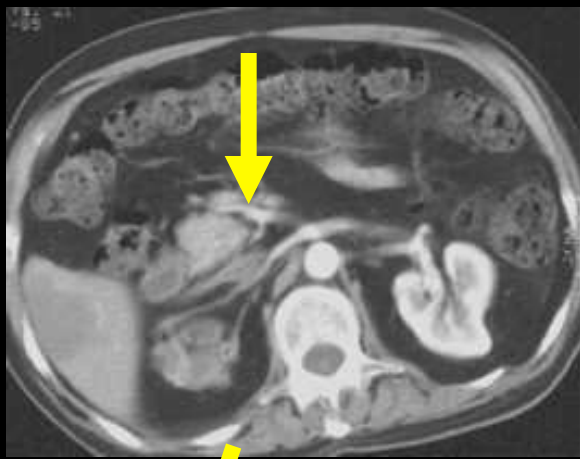
hernies paraduodénales antérieures G et D

hernies péri caecales

hernies intersigmoïdiennes

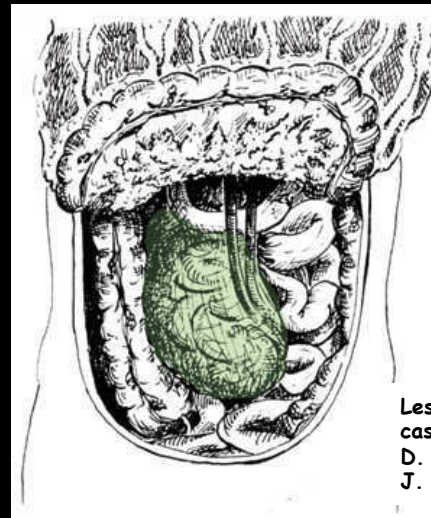
-il existe des repères vasculaires précis dans la plupart des cas qui permettent une identification certaine du type de hernie en cause

type de hernie	fréquence relative
para duodénales(1)	50 - 55 %
péritrocanéales(4)	10 - 15 %
transmésentériques(3)	8 - 10 %
foramen de Winslow(2)	6 - 10 %
intersigmoïdiennes(5)	4 - 8 %
pelviennes (6)	6 %
dont ligament large	4 - 5 %



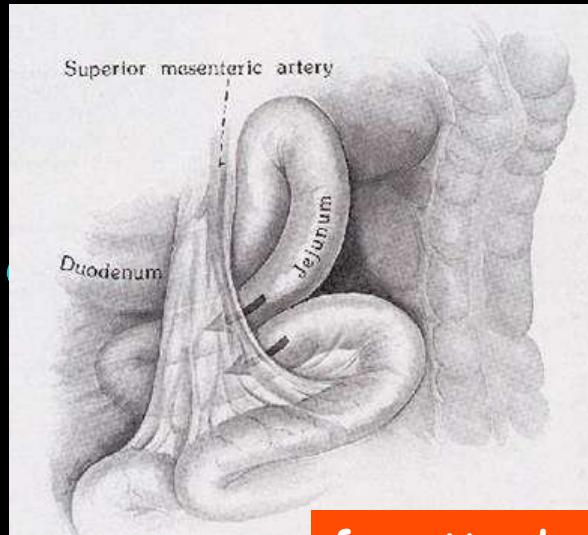
hernie para-duodénale
antérieure droite

obs. CHU Nancy-Brabois



Les hernies internes de l'abdomen , à propos de 14 cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E. GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95

hernies para duodénales antérieures droites

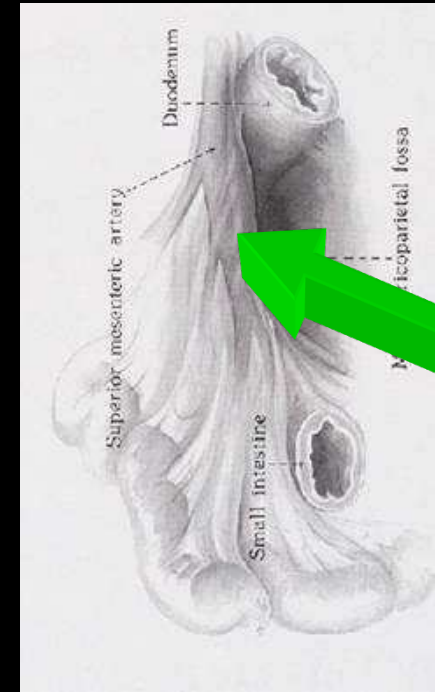


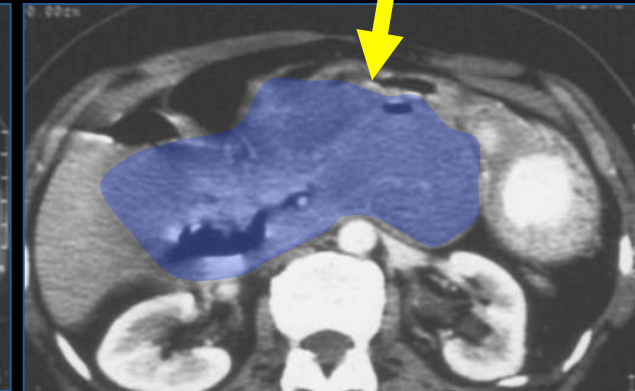
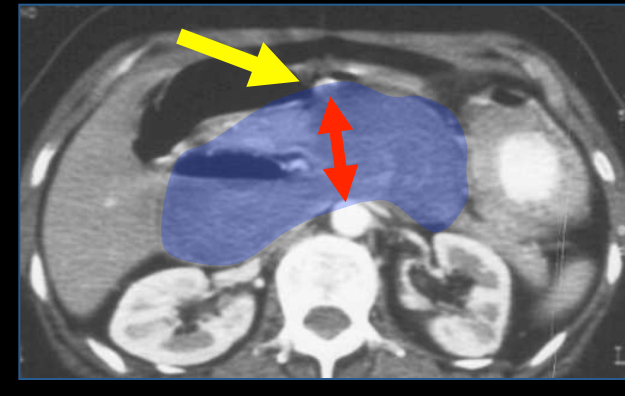
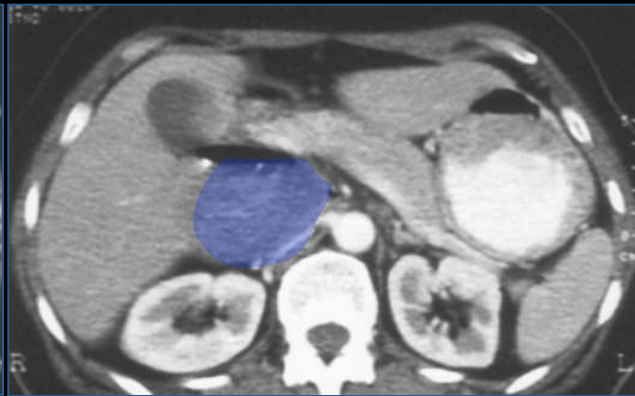
fossette de Waldeyer

beaucoup moins fréquentes que leurs homologues
controlatérales

elles se développent sous l'action du
péristaltisme intestinal dans un décollement
progressif sous la racine du mésentère ,à partir
de la **fossette de Waldeyer**

le repère vasculaire essentiel est l'**artère
mésentérique supérieure** qui passe en avant du
collet herniaire

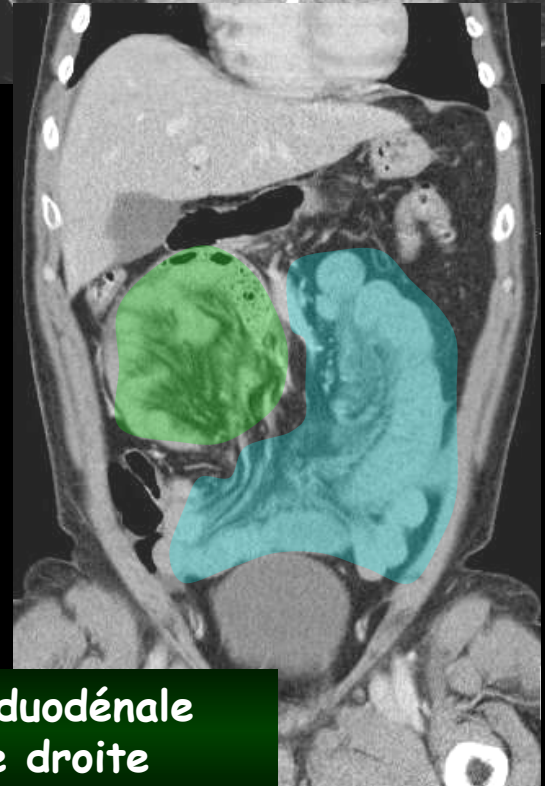
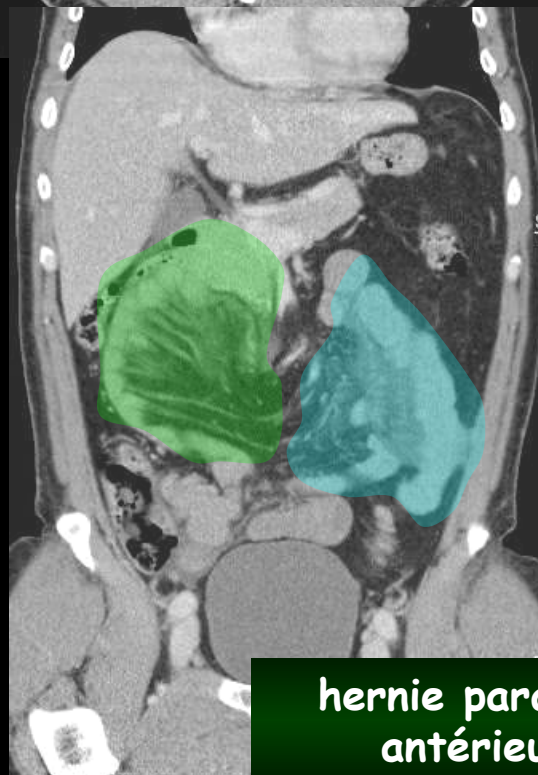
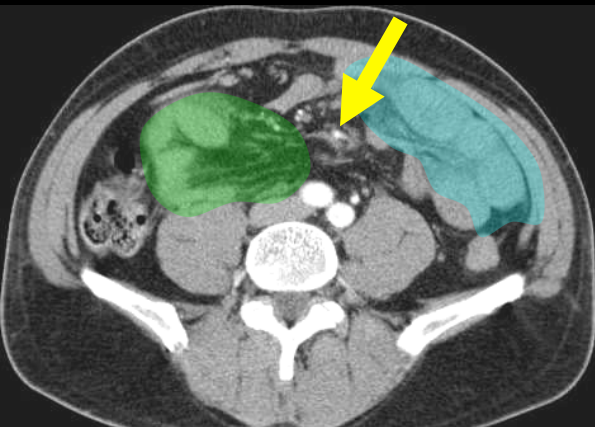
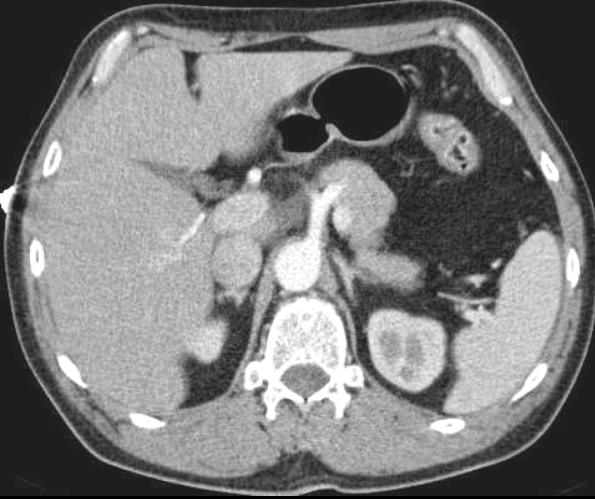




hernie para-duodénale antérieure droite

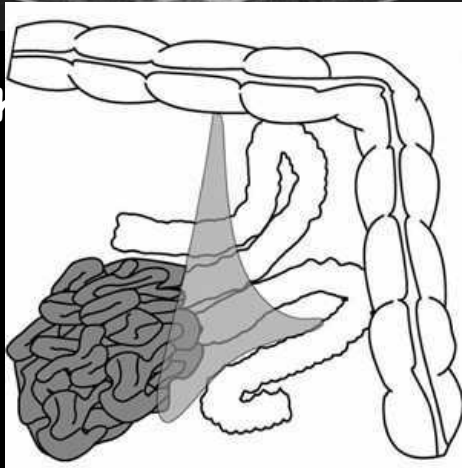
obs. CHU Nancy-Brabois

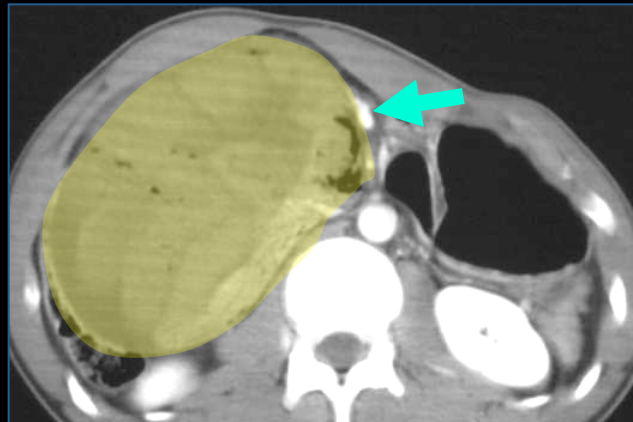
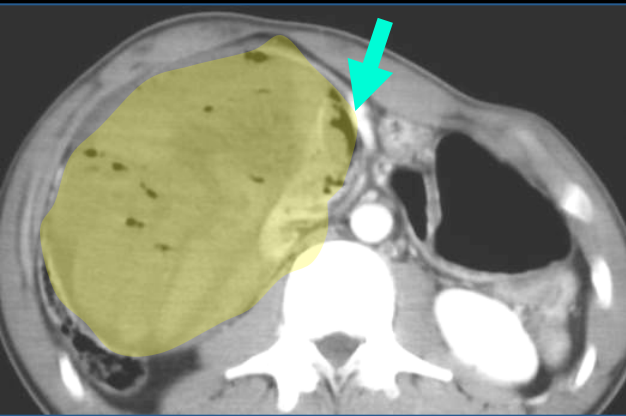
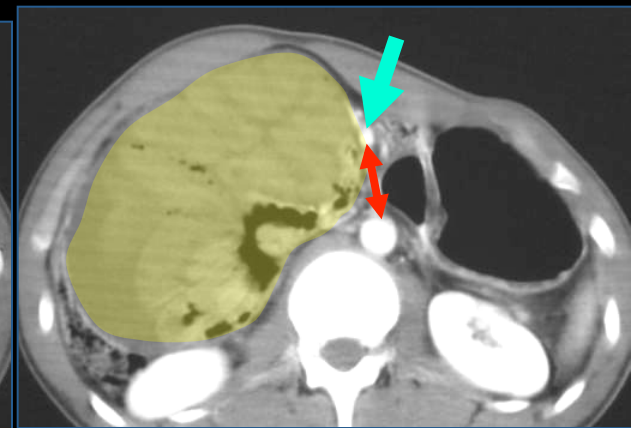
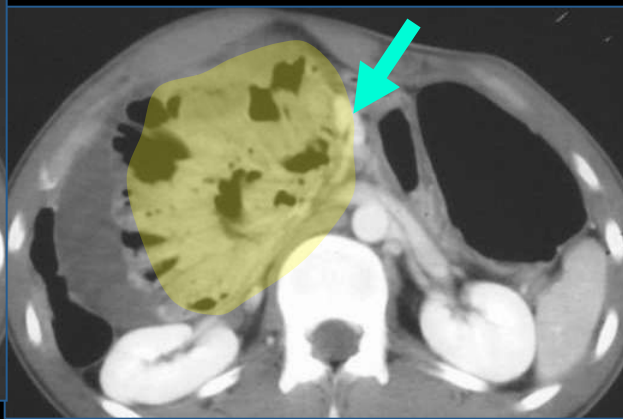
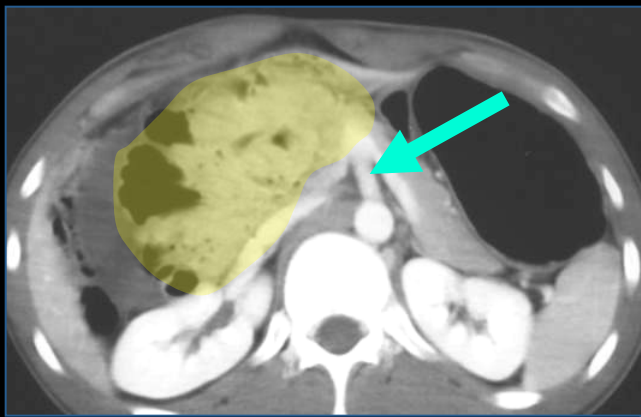
NB :lors d'une première intervention , le chirurgien n'avait pas fait le diagnostic;
les choses ne sont pas forcément évidentes, même à ventre ouvert ...



hernie para-duodénale antérieure droite

NB : le collet herniaire se situe plus bas qu'habituellement;
le degré de strangulation veineuse est pratiquement
identique sur les anses herniaires et sur les anses
afférentes

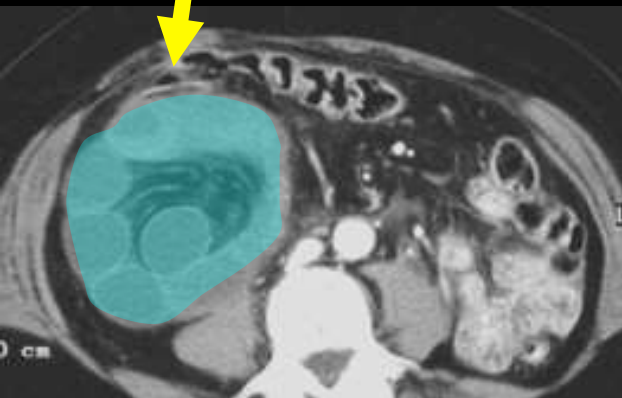
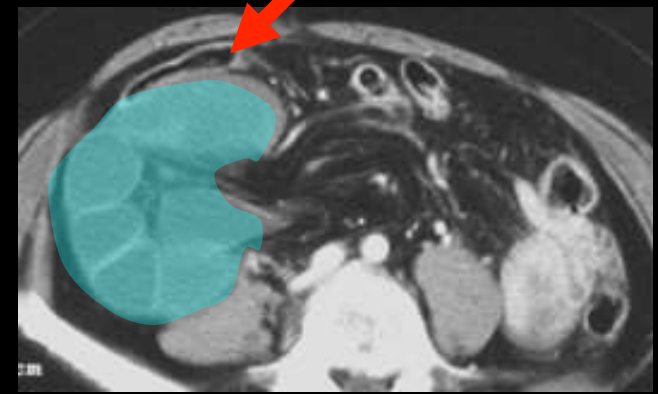
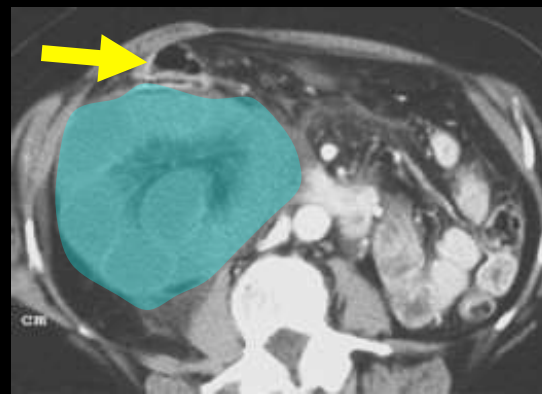
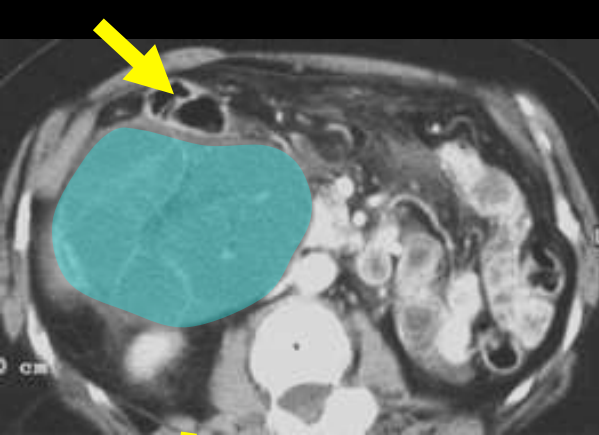




enfant 10 ans

hernie para-duodénale antérieure droite étranglée
avec nécrose ischémique des anses herniaires

obs. JM. Bruel et coll. CHU Montpellier



douleurs de la FID . quel est
votre diagnostic
sur quel(s) argument(s)
sémiologique(s) pouvez vous
l'affirmer

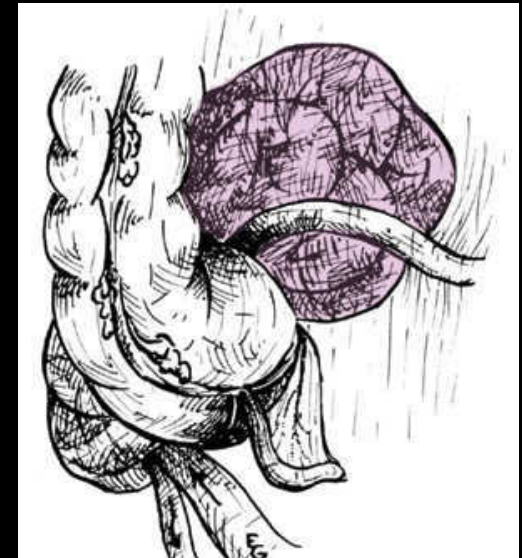


hernie rétro-cæcale étranglée

c'est la disposition rétro caeco colique des anses qui
permet d'évoquer une hernie rétro caecale

mais c'est l'effet de masse sur la paroi caecale qui
permet d'affirmer le sac herniaire et d'éliminer
l'hypothèse d'un volvulus sur bride de la fosse iliaque
droite

obs. CHU Nancy-Brabois



hernie para caecale interne

Les hernies internes de l'abdomen , à propos de 14
cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E. GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95

hernies péri caecales (hernies de Rieux)

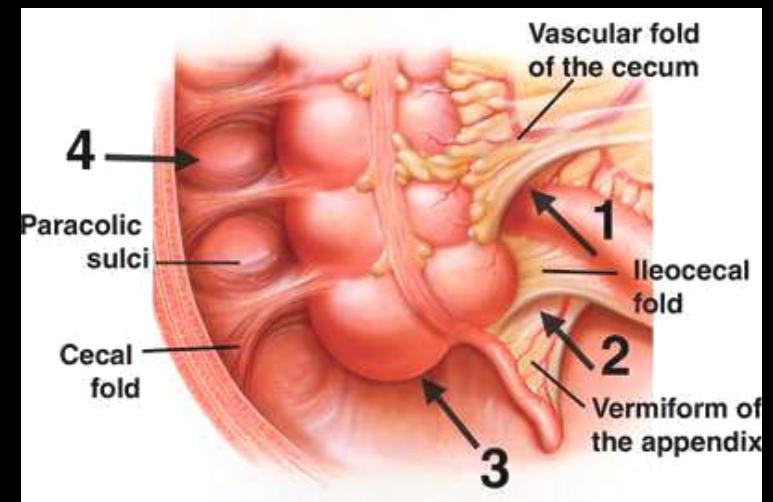
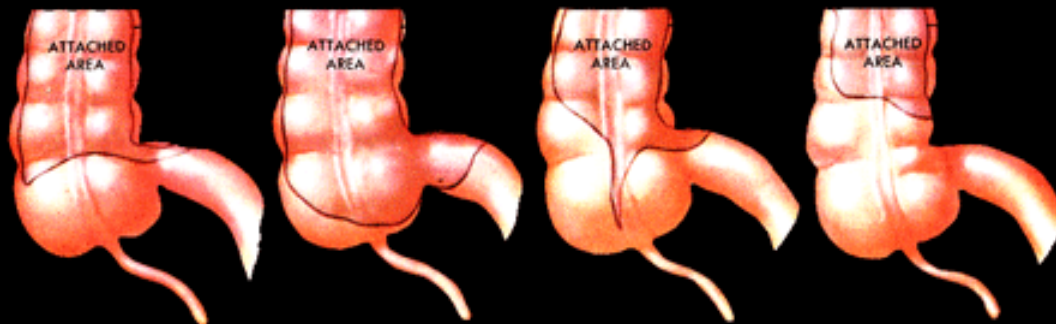
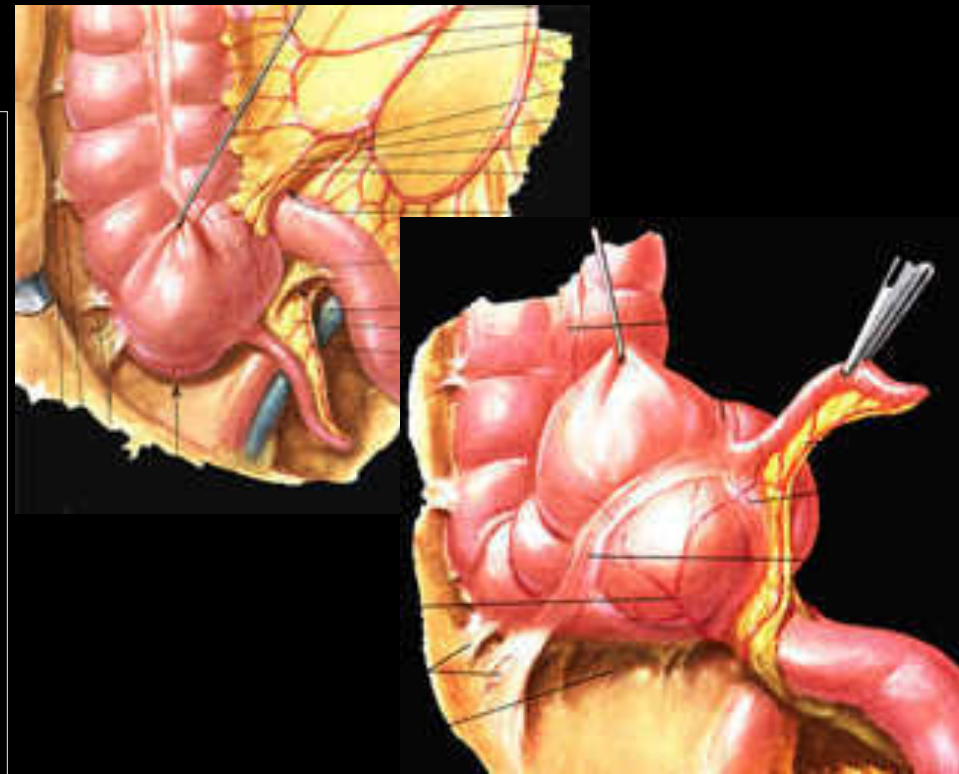
10 à 15 % de l'ensemble des hernies internes

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

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

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

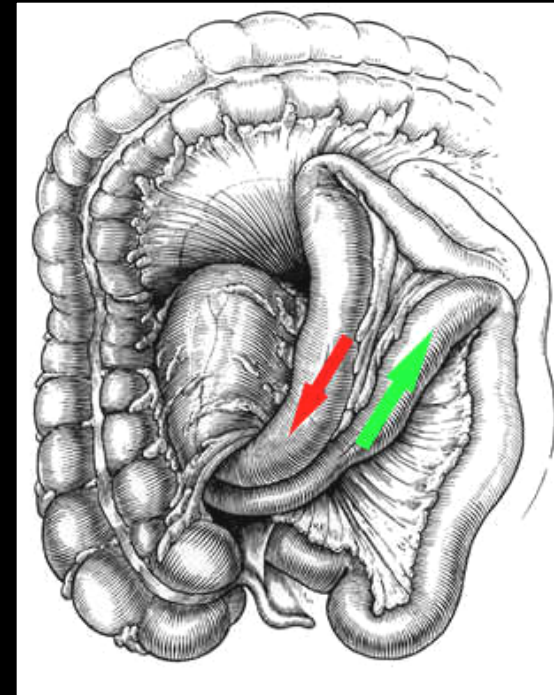
les **rapports avec le caeco-ascendant** sont primordiaux à étudier +++ pour affirmer le diagnostic et préciser le type de hernie en cause



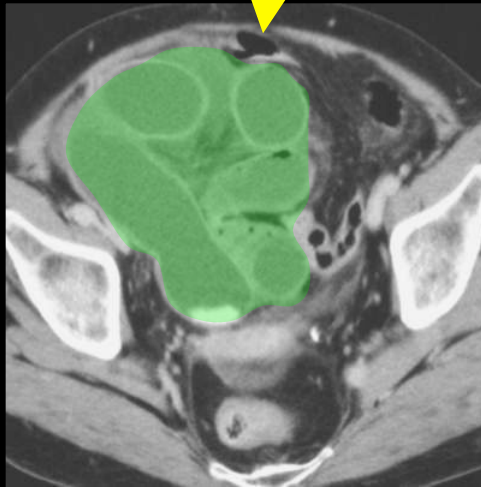
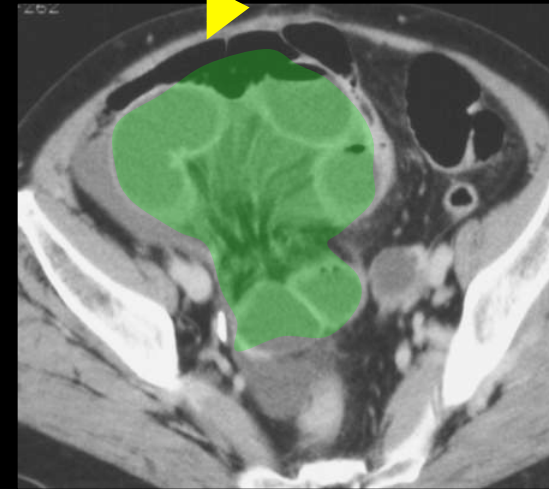
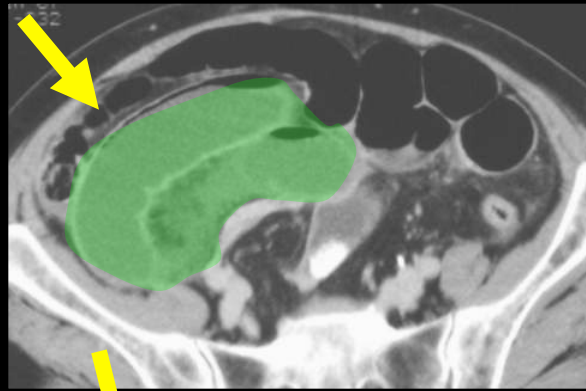
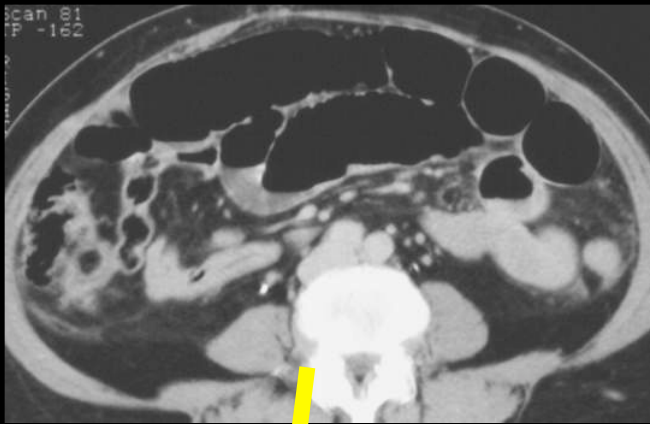


femme 44 ans

hernie para caecale interne ; notez l'importance de l'effet de masse sur la paroi antéro-interne du caecum pour le diagnostic différentiel avec un volvulus sur bride ou une hernie transmésentérique



Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction: CT findings in 11 adult patients
R ZISSIN,, M HERTZ,, G GAYER,, H PARAN, A OSADCHY.
Brit J Radiol 2005;78,796-802



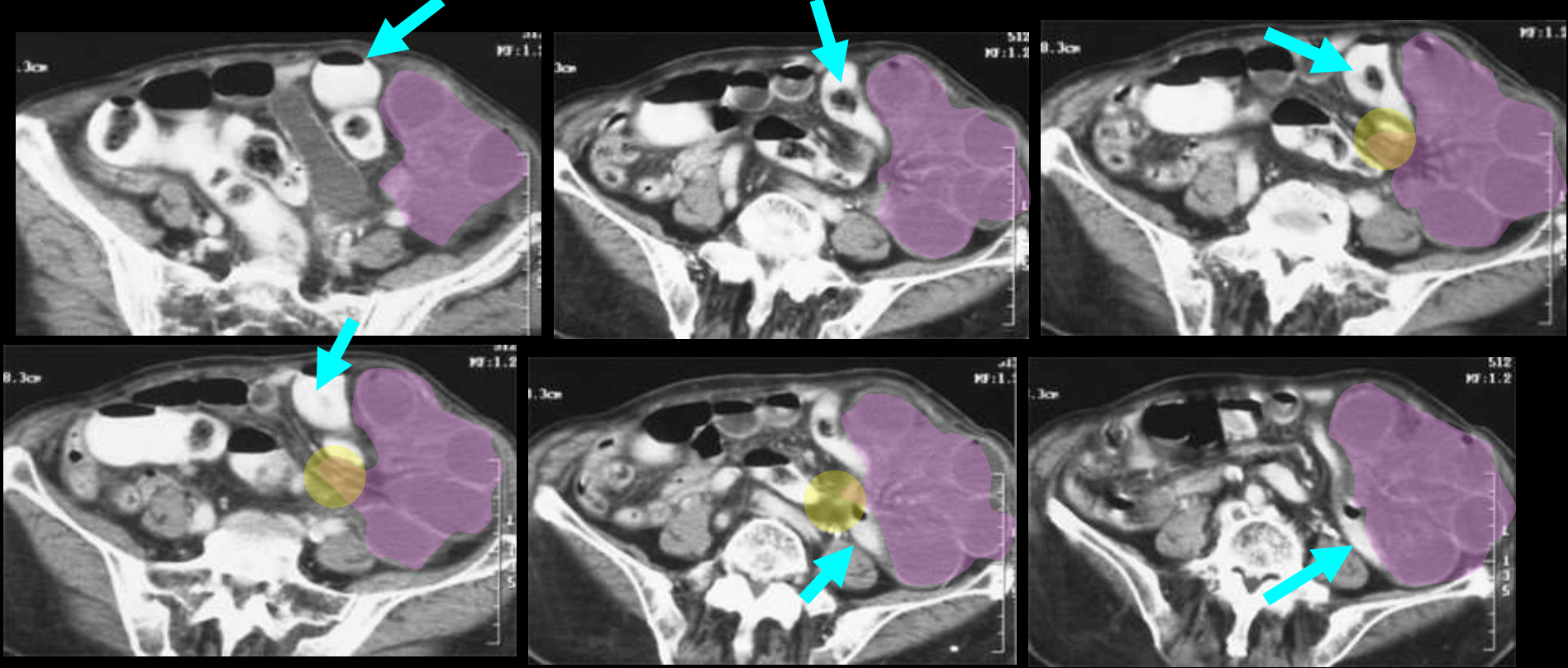
femme 62 ans

obs. *CHU Nancy-Brabois*

hernie rétro-cœcale étranglée

la présence d'anses grêles en arrière du caecum peut être observée dans les caeco-ascendants "flottants" par défaut d'accolement plus ou moins étendu du fascia de Toldt droit

c'est le **refoulement avec effet de masse sur la paroi colique** par les anses grêles distendues qui permet d'affirmer que ces anses sont bien dans un sac herniaire du mésocolon droit .

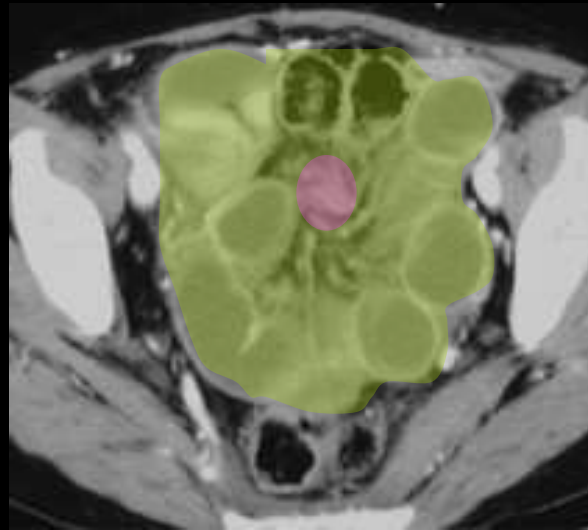
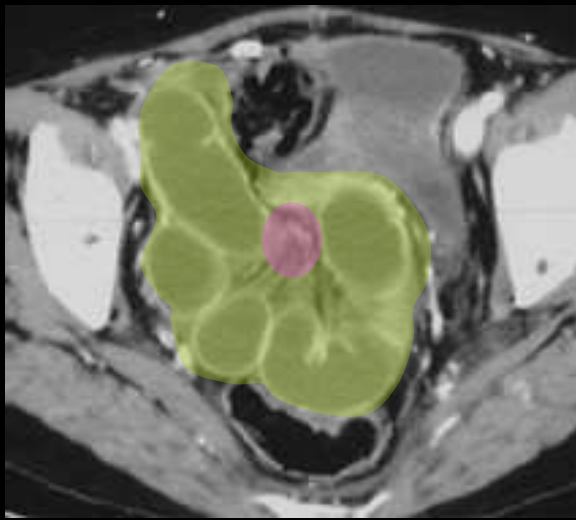


femme 41 ans

hernie inter sigmoïdienne

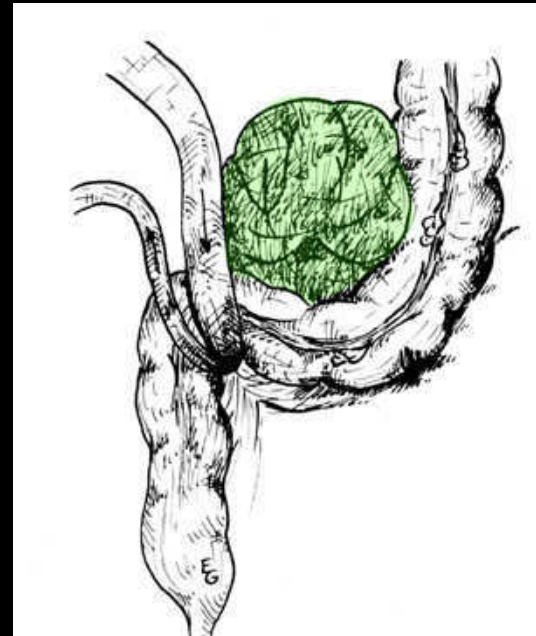


Internal abdominal
herniations
MATHIEU D., LUCIANI A.
AJR ;2004, 183:397-404



hernie inter sigmoïdienne

obs. CHU Nancy-
Braboïs



Les hernies internes de l'abdomen , à propos de 14 cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E. GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95

les hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine

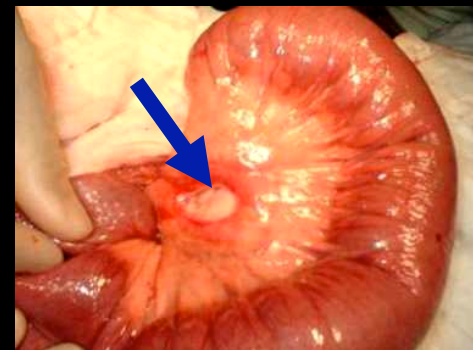
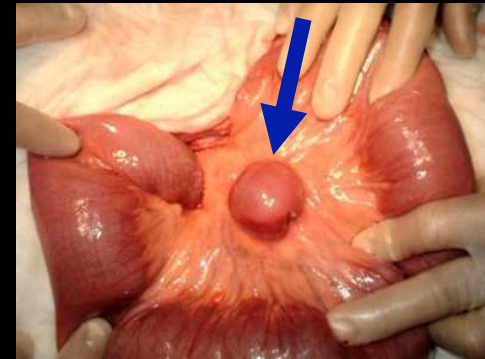
ce sont les formes dont le diagnostic est le plus délicat car :

- les anses intéressées par le processus herniaire ne se présentent pas sous un aspect "sac like" évocateur, mais au contraire **simulent en tous points un volvulus du grêle sur obstacle mécanique extrinsèque** (bride péritonéale ou adhérences intestino-mésentériques).

- c'est par la détermination la plus précise possible du **du point de convergence des plis mésentériques des anses distendues en disposition radiaire** qui doit attirer l'attention ,ainsi que le contexte de survenue .

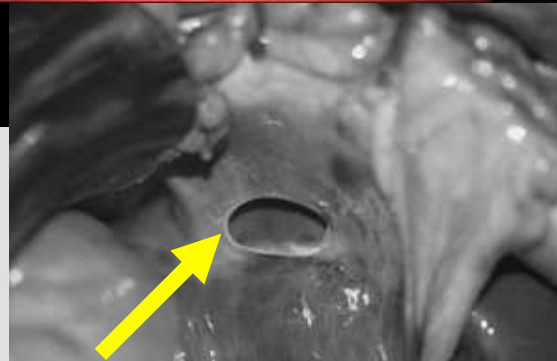
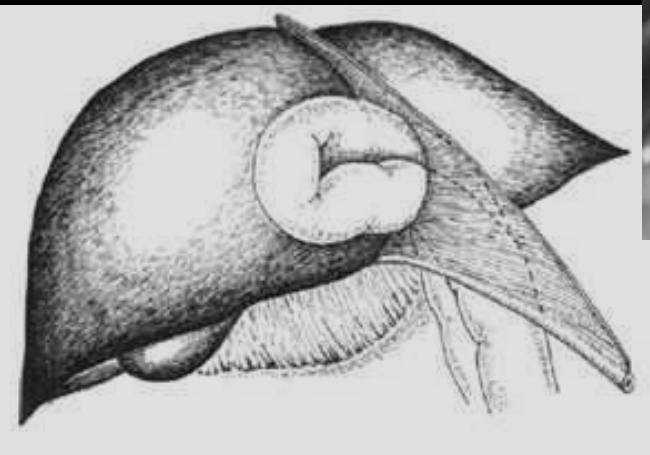
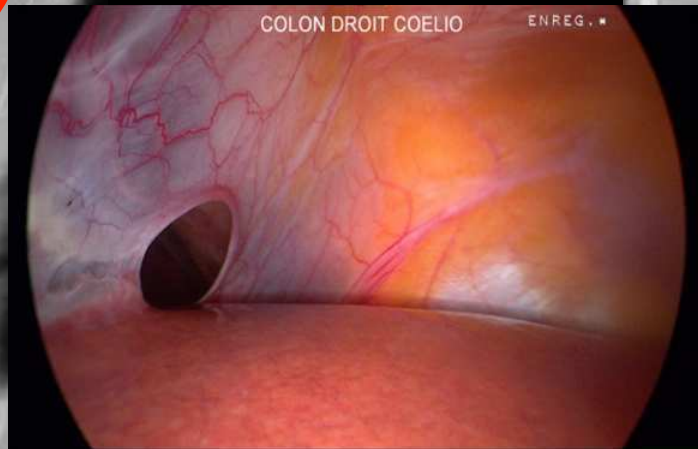
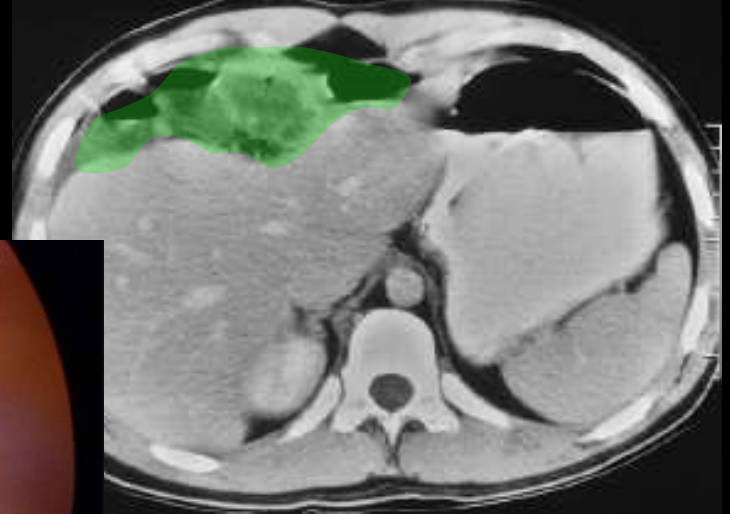
- les principaux types sont :

- .les hernies du ligament falciforme
- .les hernies trans mésentériques
- .les hernies trans omentales
- .les hernies du ligament large
- .les hernies para vésicales et para rectales



*hernie transmésentérique
obs. Dr IN. Phi ,Saigon*

homme 19 ans

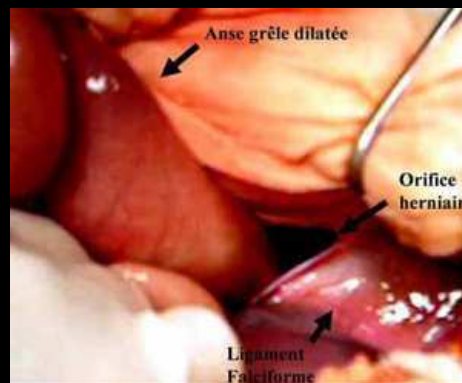
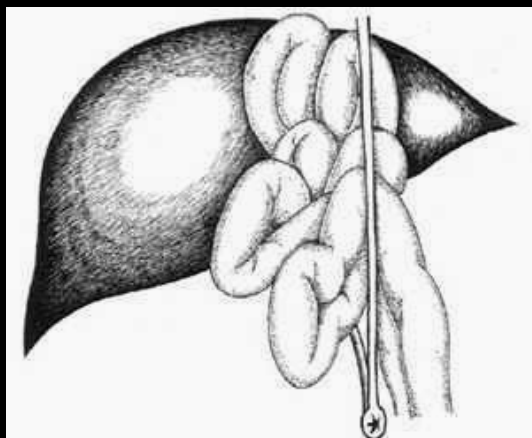
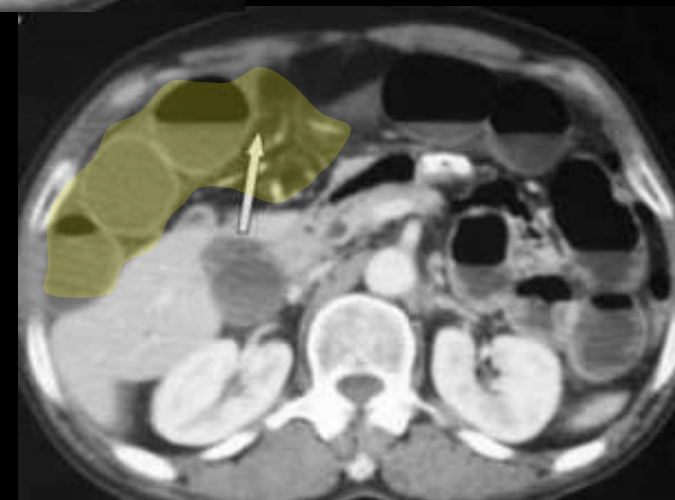
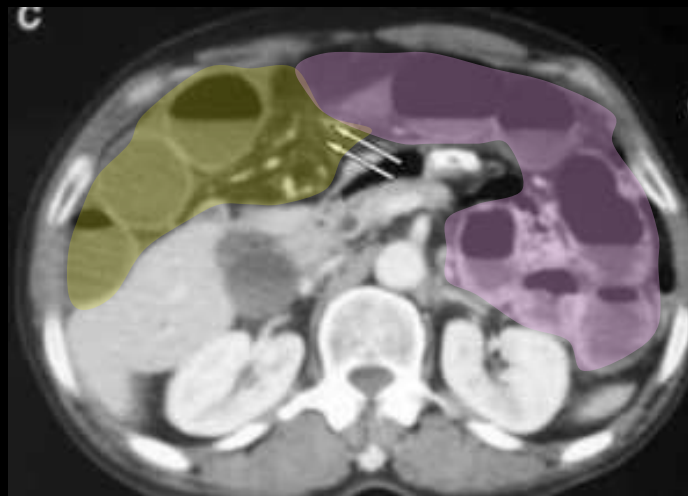
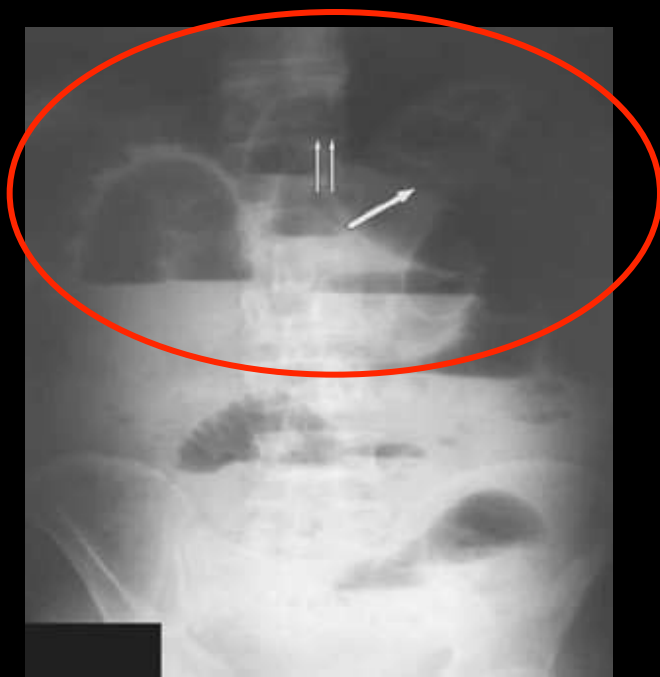


hernie du ligament
falciforme



NB: dans le cas présenté , le sens de
la hernie (de droite à gauche) est
l'inverse de celui figuré sur le schéma

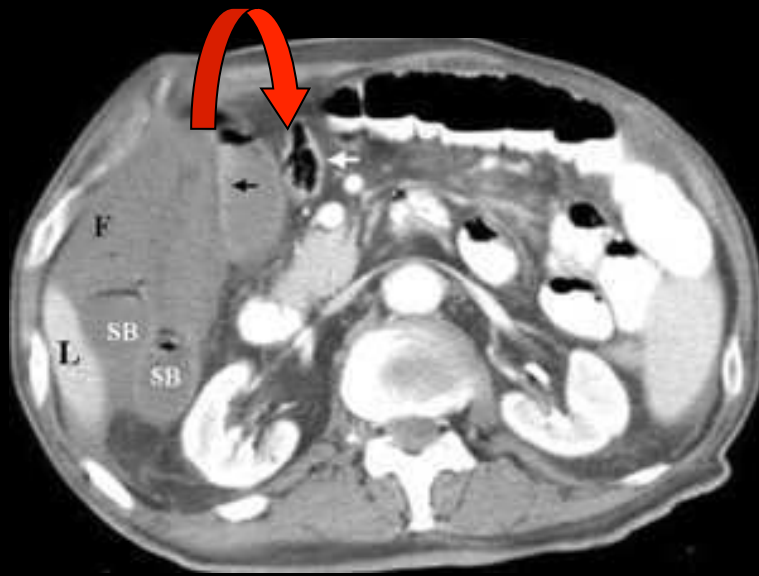
Das Fenster im Ligamentum falciforme Ein seltener Fall
Hernierung des Dünndarms durch das Ligamentum falcif
S.VORBURGER, M.ZUBER, J.C. RENGGLI K.SCHNABE
Chirurg. 2000,71:466-468



homme 47 ans

Internal herniation through a defect in the falciform ligament: a case report and review of the world literature
S. WISEMAN
Hernia, 2000, 4:117-20

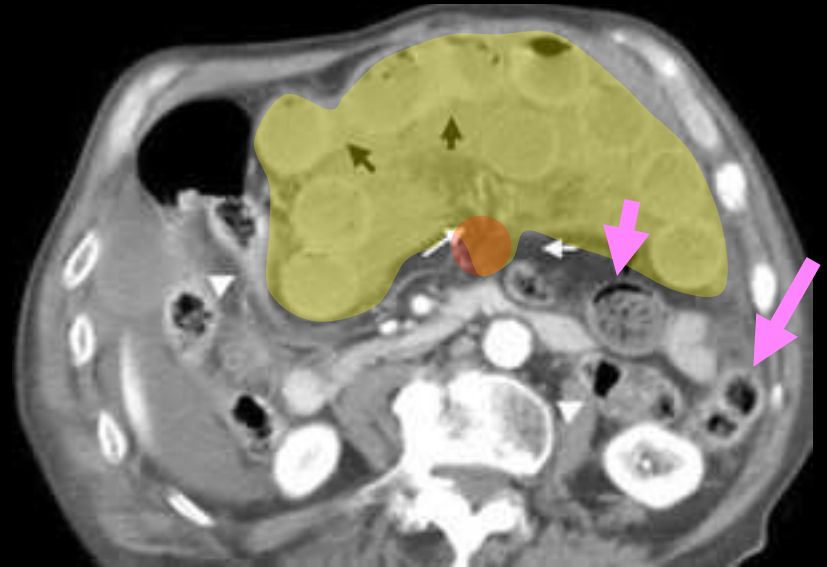
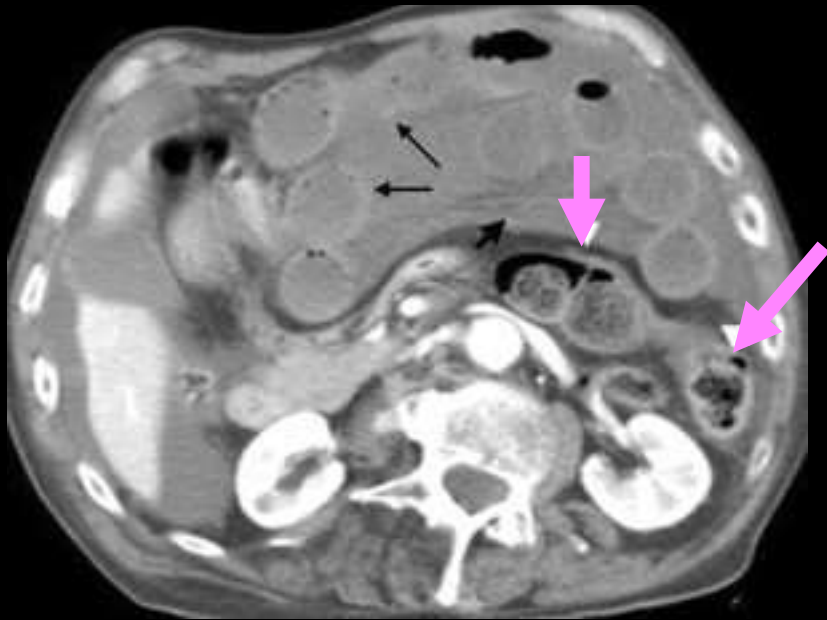
hernie du ligament falciforme



homme 91ans

hernie transmésentérique

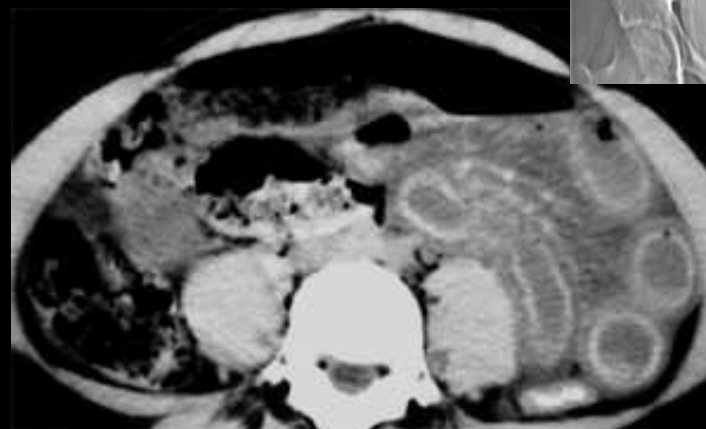
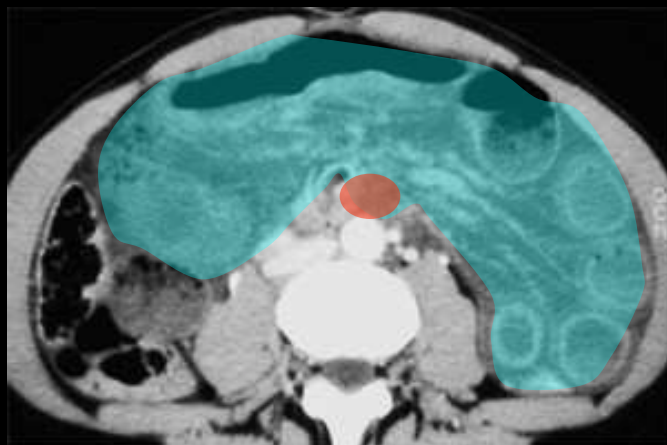
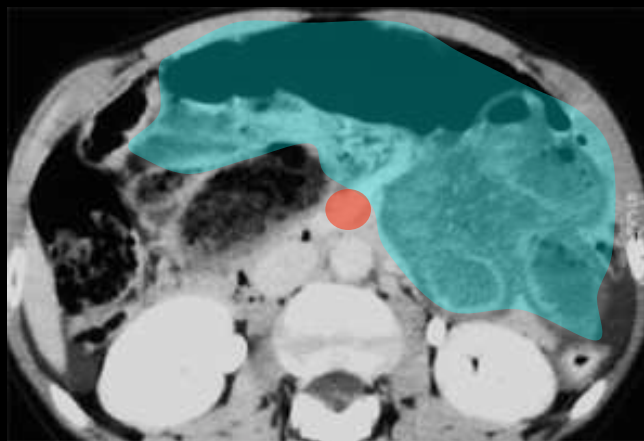
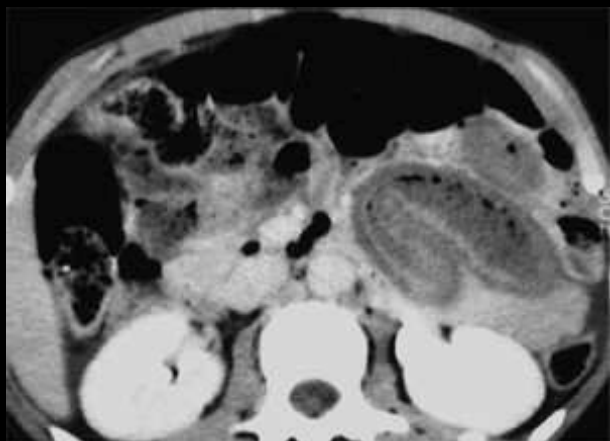
Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction:
CT findings in 11 adult patients
R ZISSIN,, M HERTZ,, G GAYER,, H PARAN, A OSADCHY.
Brit J Radiol 2005,78,796-802



homme 95ans

hernie transmésentérique ;c'est le refoulement du colon transverse vers l'arrière qui est l'élément le plus significatif en faveur du diagnostic de herniee transmésentérique ou transomentale

Congenital internal hernia as a cause of small bowel obstruction: CT findings in 11 adult patients
R ZISSIN,, M HERTZ,, G GAYER,, H PARAN, A OSADCHY.
Brit J Radiol 2005,78,796-802

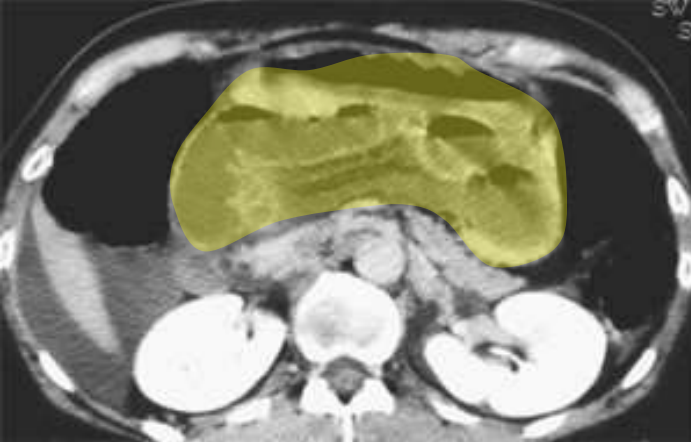


jeune fille **13 ans**

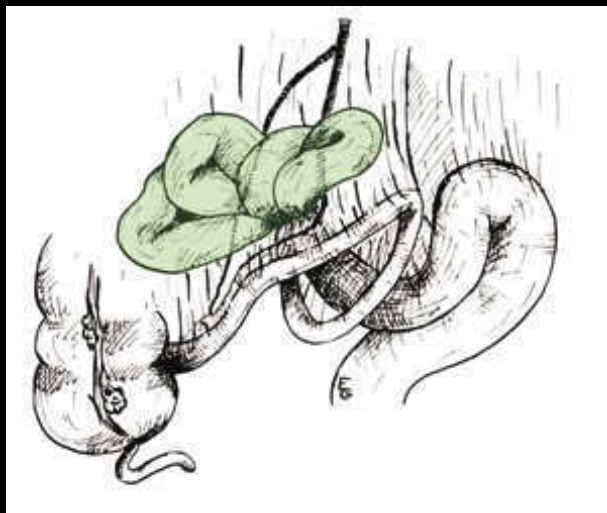
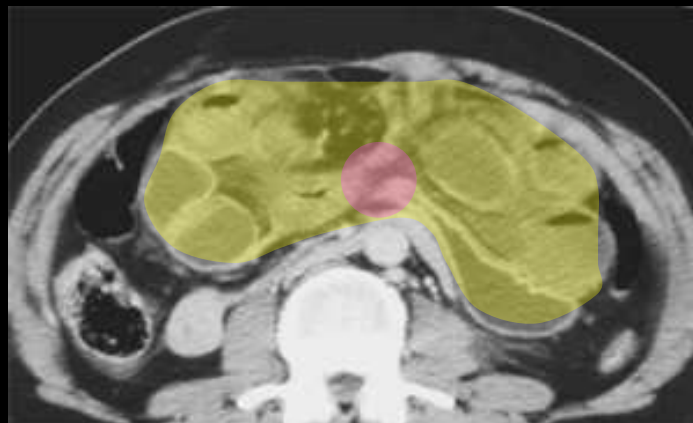
hernie transmésentérique

résection de 2.50m d'intestin grêle

obs. CHU Nancy-Brabois



femme 38ans



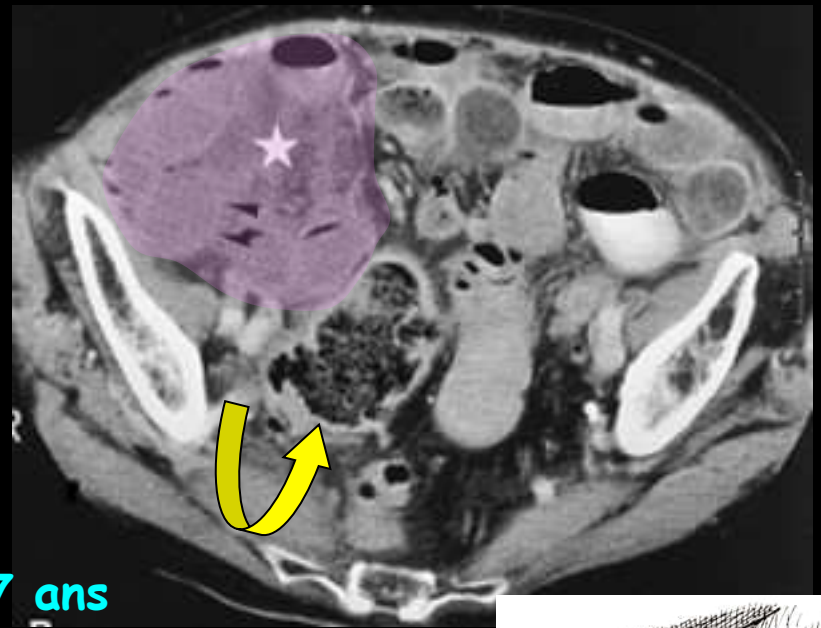
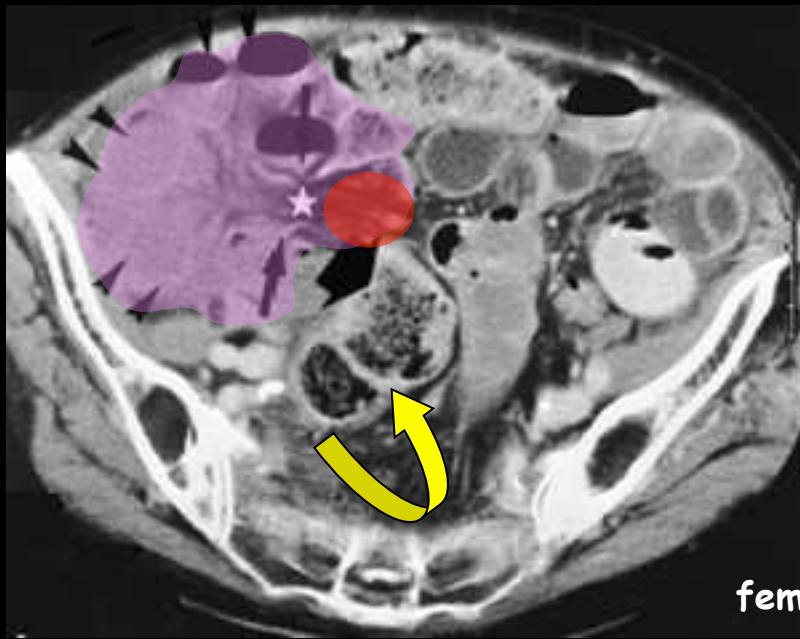
hernie transmésentérique

obs. M. Deneuille CHR Metz

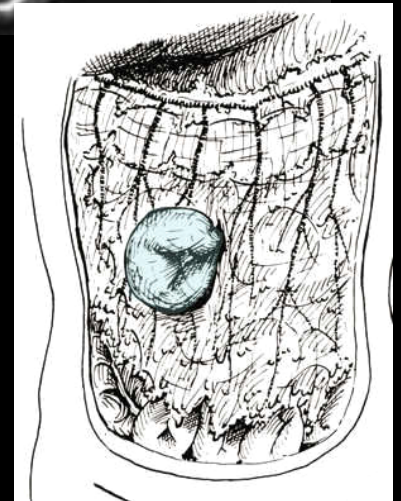
schéma d'une hernie
transmésentérique dans la **zone**
avasculaire de Trèves

Les hernies internes de l'abdomen , à propos de 14
cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E. GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95





femme 87 ans



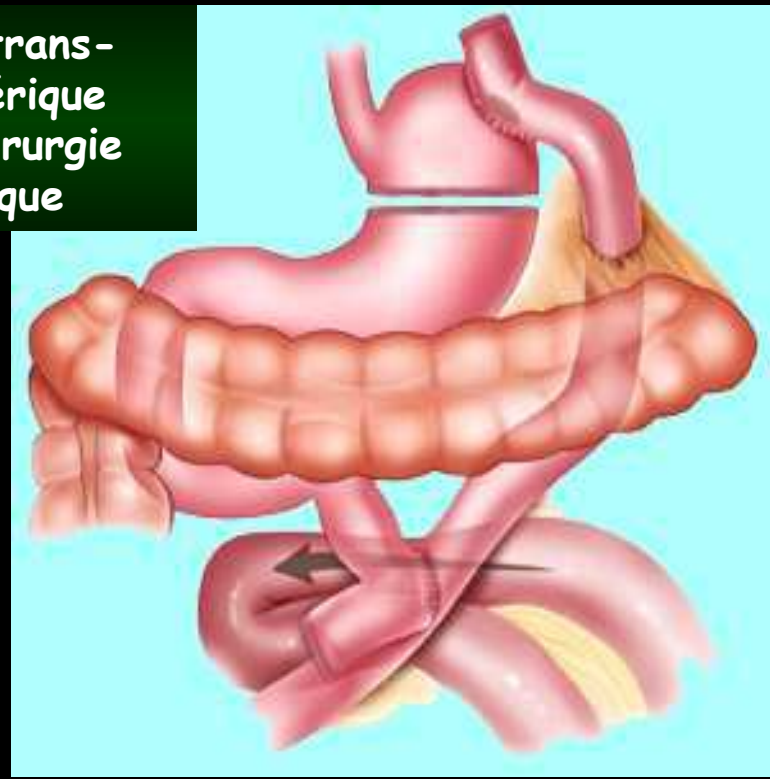
Les hernies internes de l'abdomen ,
à propos de 14 cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E.
GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95

Strangulated transomental hernia: CT findings
E. DELABROUSSE, M. COUVREUR, O. SAGUET, B. HEYD, S.
BRUNELLE, B. KASTLER
Abdominal Imaging ; 2001,26:89-88

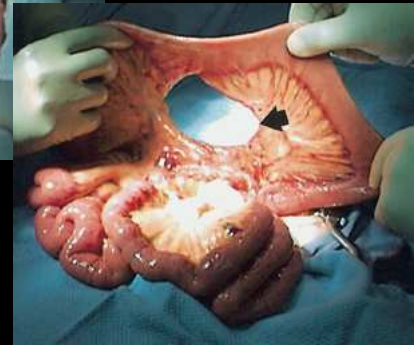
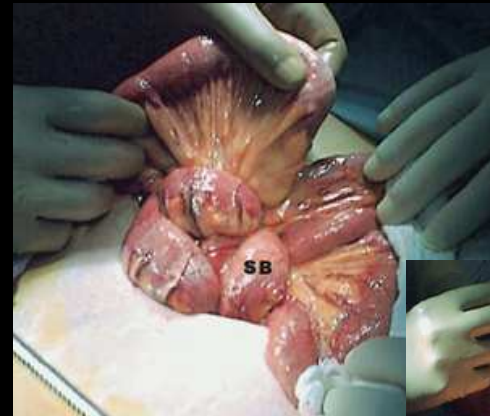
hernie trans omentale



hernie trans-
mésentérique
post chirurgie
bariâtrique



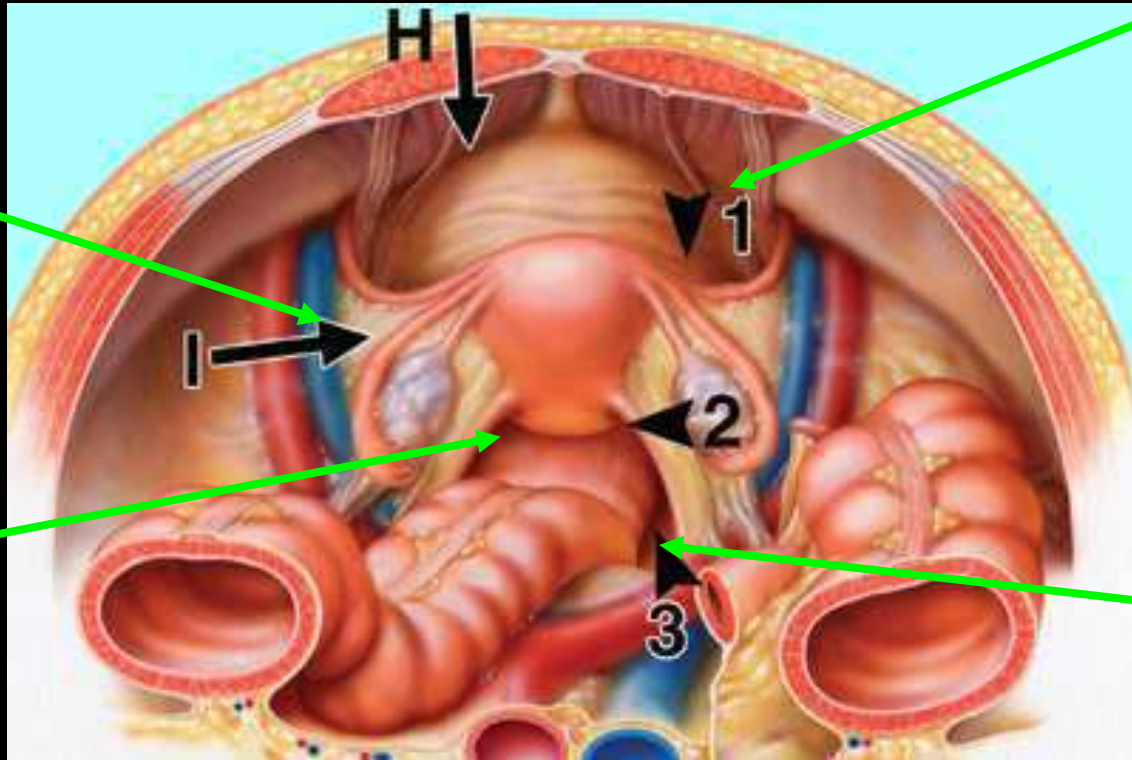
hernie trans-
mésentérique post
transplantation
hépatique
orthotopique



hernies internes pelviennes

hernies du ligament large

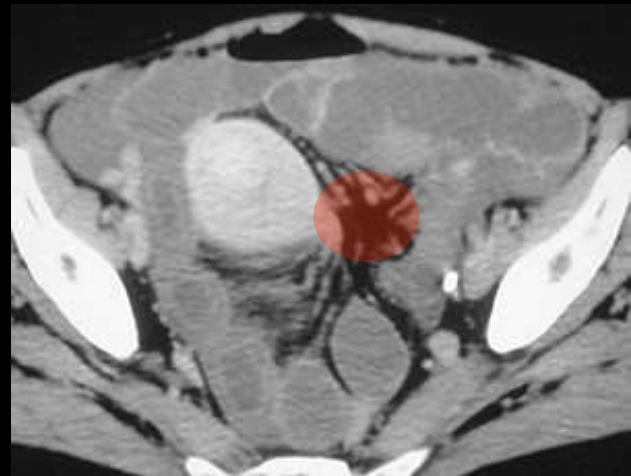
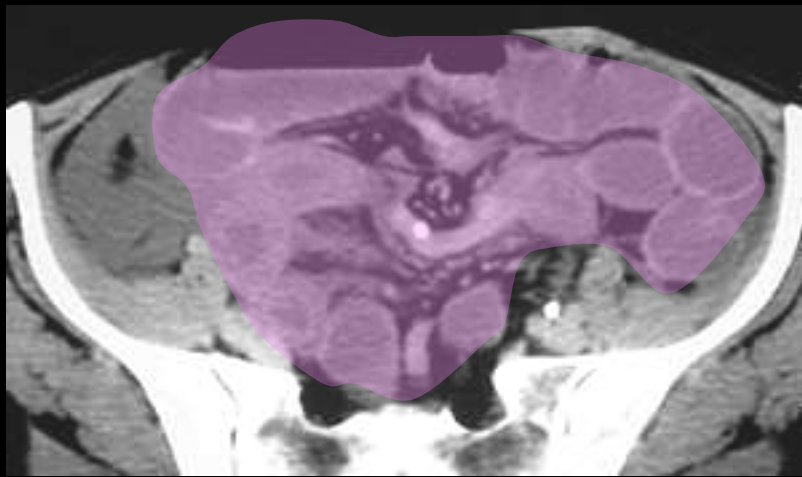
hernies para vésicales



hernies du cul de sac de Douglas

hernies de la fossette péri-rectale

CT of internal hernias
TAKEYAMA N, GOKAN T, OHGIYA Y, SATOH S, I HASHIZUME,
MD, HATAYA K., KUSHIRO H., NAKANISHI M., KUSANO M.,
MUNECHIKA H.,
RadioGraphics ;2005,25:997-1015



hernie du ligament large gauche

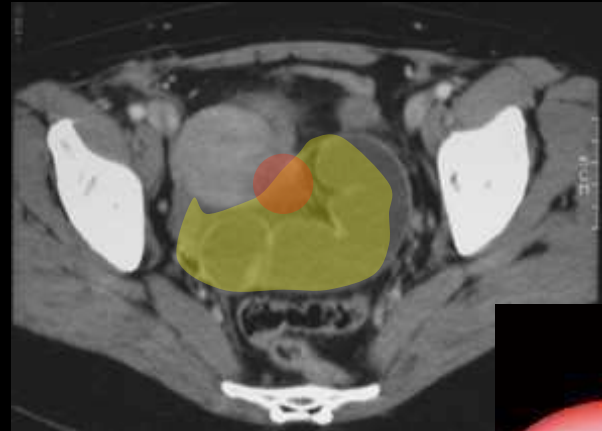
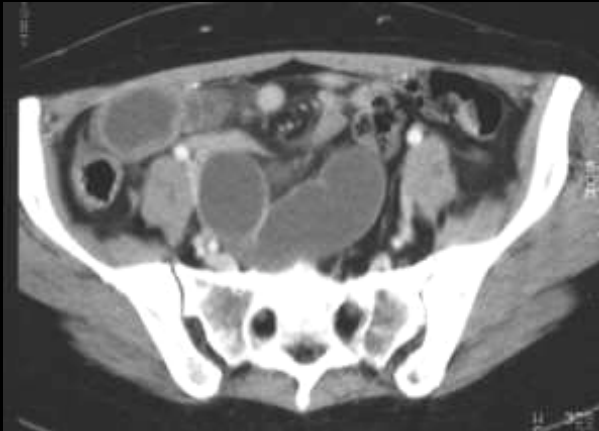
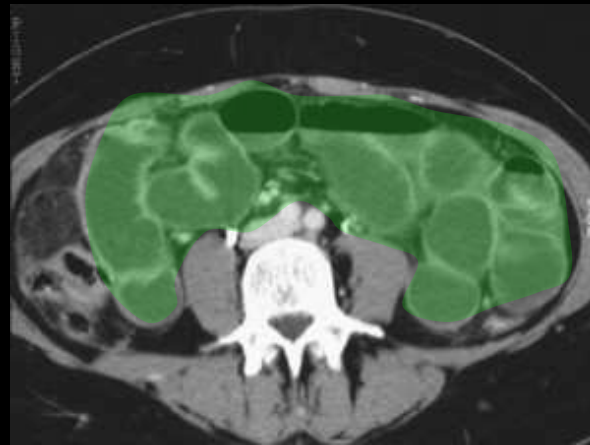
femme 65 ans

obs. CHU Nancy-Brabois



schéma d'une hernie interne du
ligament large droit

Les hernies internes de l'abdomen ,
à propos de 14 cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E.
GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95



femme 48 ans

hernie du ligament large gauche

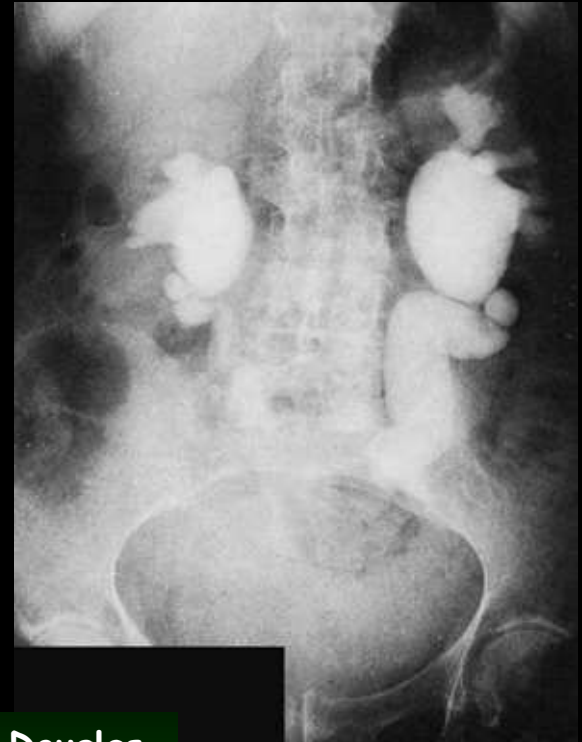
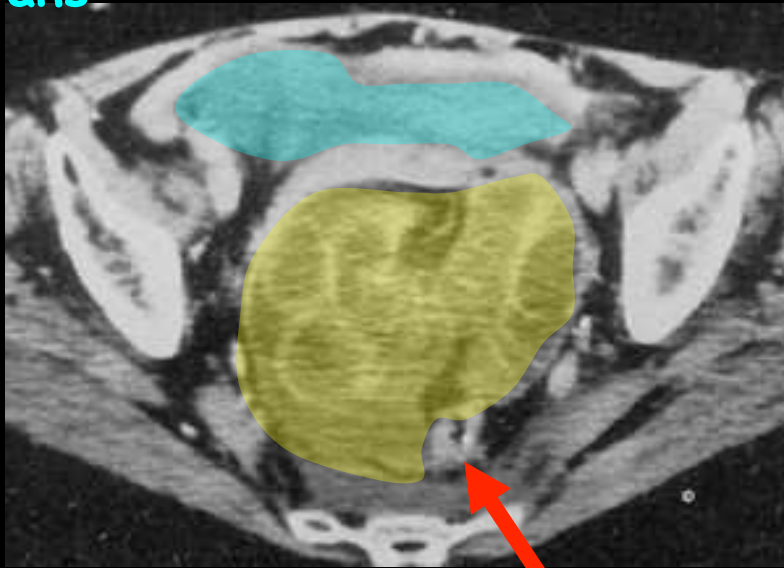
dans les hernies du ligament large , la brèche peut siéger :

- sous le ligament rond
- entre le mésosalpinx et le mésovarium
- a travers tout le ligament large

CT of internal hernias
 TAKEYAMA N, GOKAN T, OHGIYA Y, SATOH S, I HASHIZUME,
 MD, HATAYA K., KUSHIRO H., NAKANISHI M., KUSANO M.,
 MUNESHIKA H.,
 RadioGraphics ;2005;25:997-1015



femme 76 ans



hernie du cul de sac de Douglas
= entérocele avec anses en
distension mécanique entraînant
un effet de masse sur le
rectum et le tractus génital
intene .

Demonstration by computed tomography of a case of
internal small bowel herniation
J. C. HOFFEL, J. ZIMBERGER, B. POCARD, C.
HOEFFEL
Brit J Radiol, 1992, 66: 1045-6

hernie pré vésicale



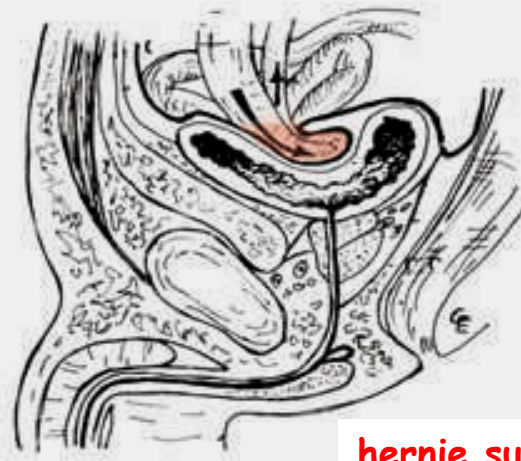
hernie latéro ou para vésicale



hernie rétro vésicale

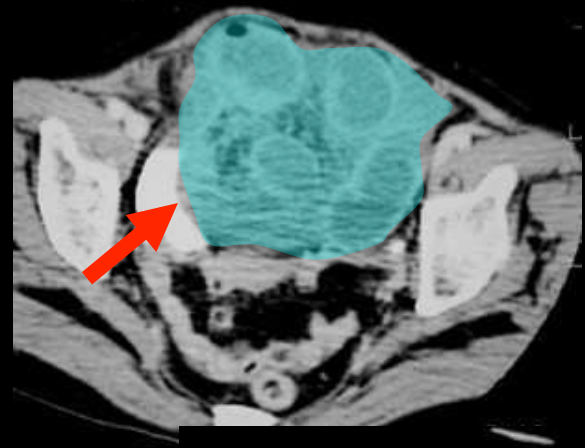
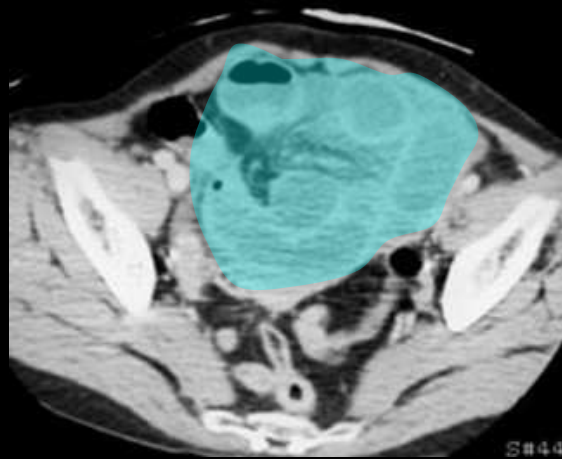


hernie sus intra vésicale



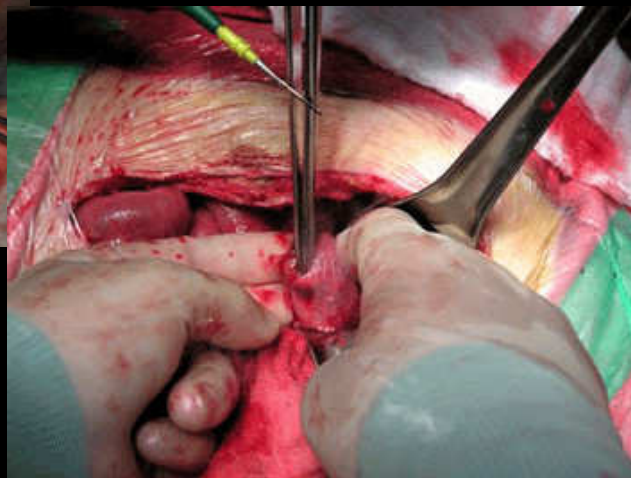
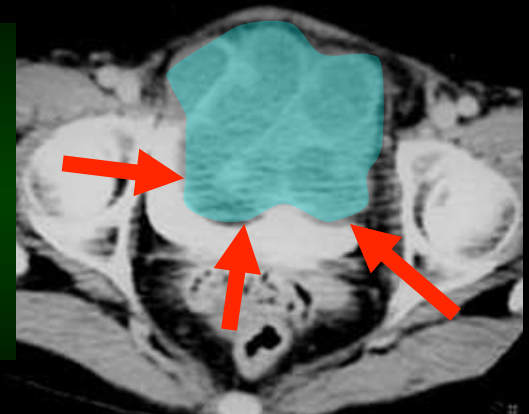
hernies supra vésicales

Les hernies internes de l'abdomen , à propos de 14 cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E. GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95



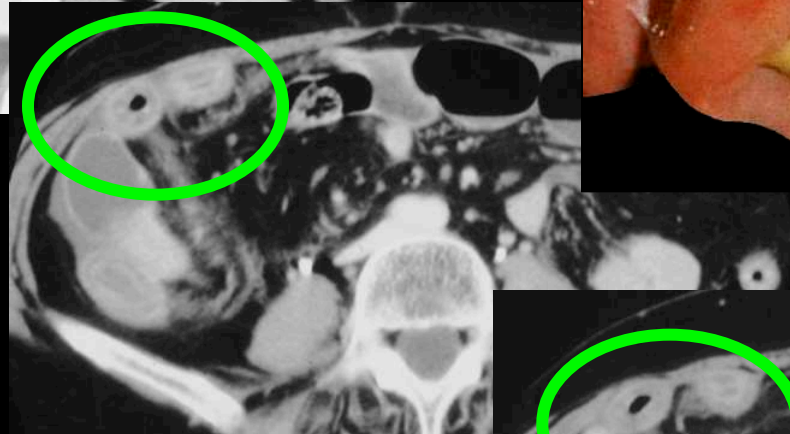
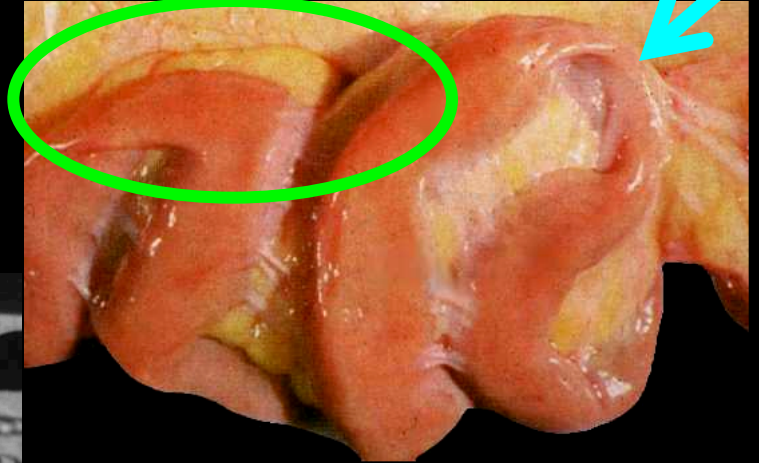
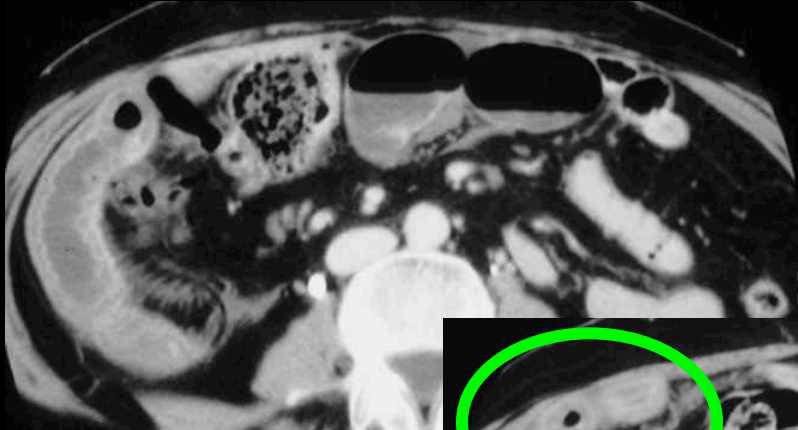
hernie interne para vésicale antérieure
(pré vésicale) avec nécrose ischémique
du grêle incarcerated

notez l'effet de masse des anses
distendues sur les viscères pelviens ,
qui signe l'incarcération



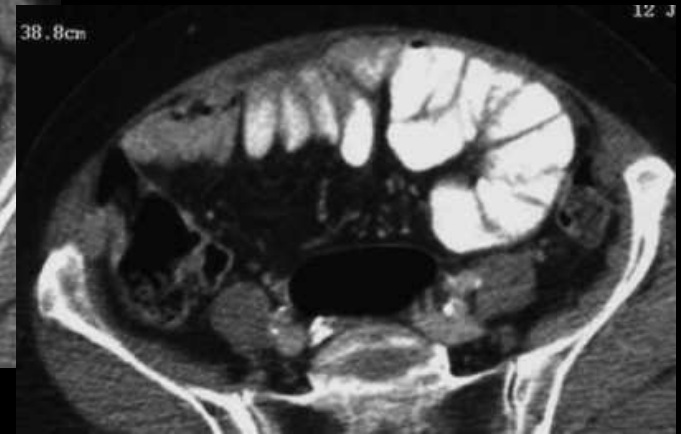
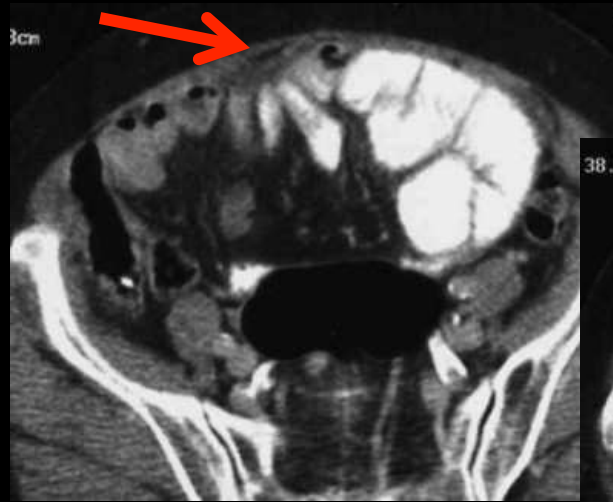
obs. IN. Phi Saigon

crises douloureuses abdominales fréquentes avec borborygmes et syndrome de König, plus volontiers en période post prandiale ; Quel est votre diagnostic et quel(s) est (sont) le(s) mécanisme(s) en cause

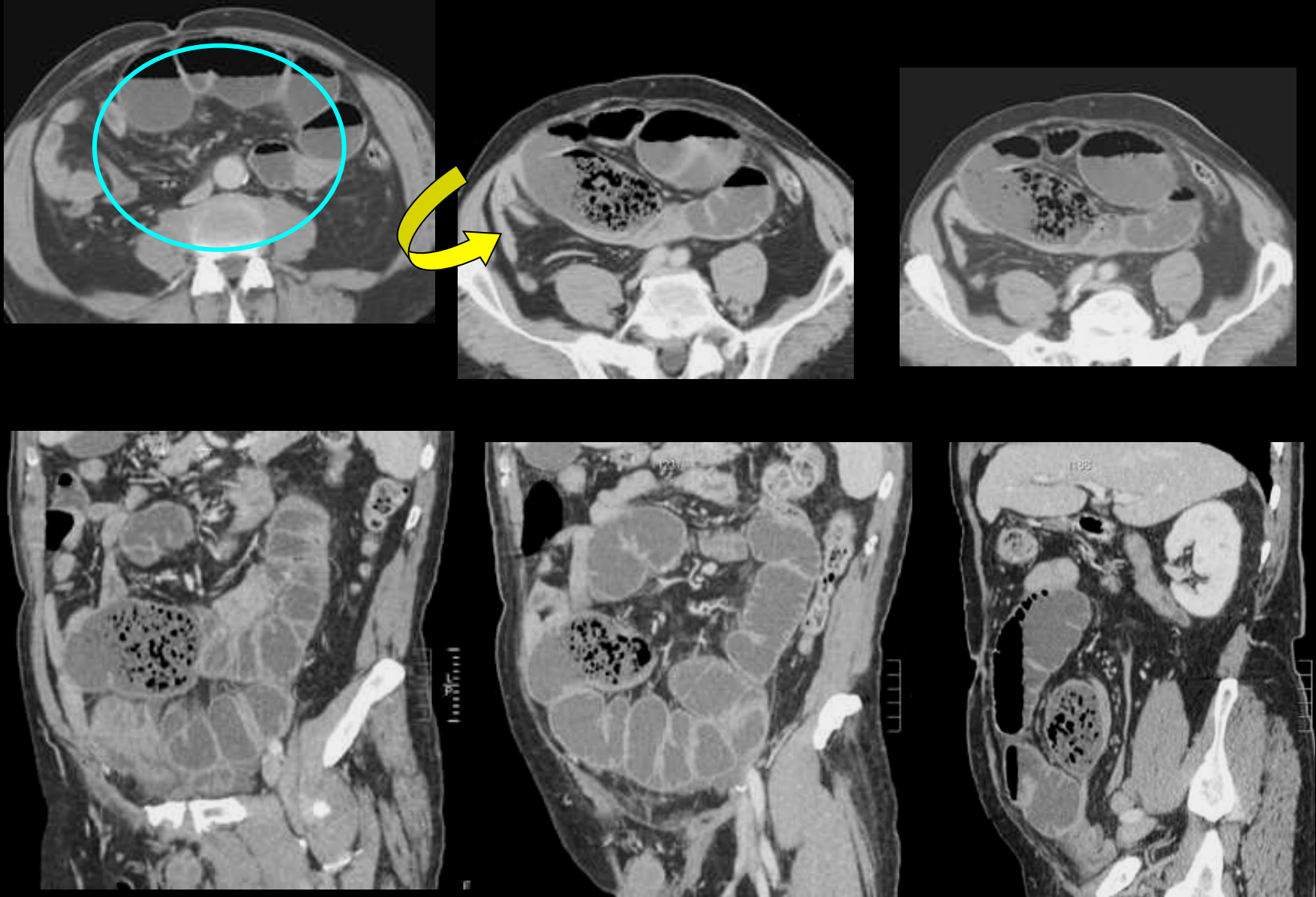


subocclusion (occlusion de bas grade) sur **adhérences** intestino-mésentériques ; l'explication est souvent multifactorielle : plicature avec sténose relative pariétale, fibrose, incarceration pariétale ...

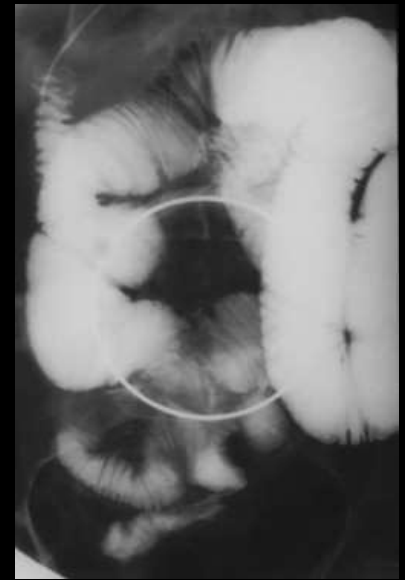
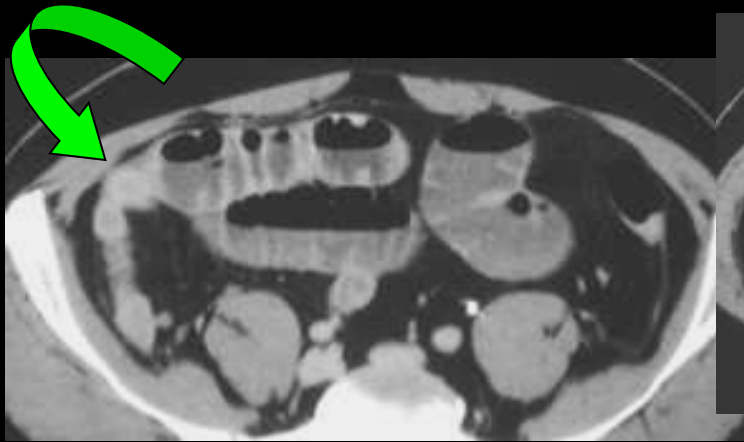
+ composante endoluminale : bezoards (phyto le plus souvent !)



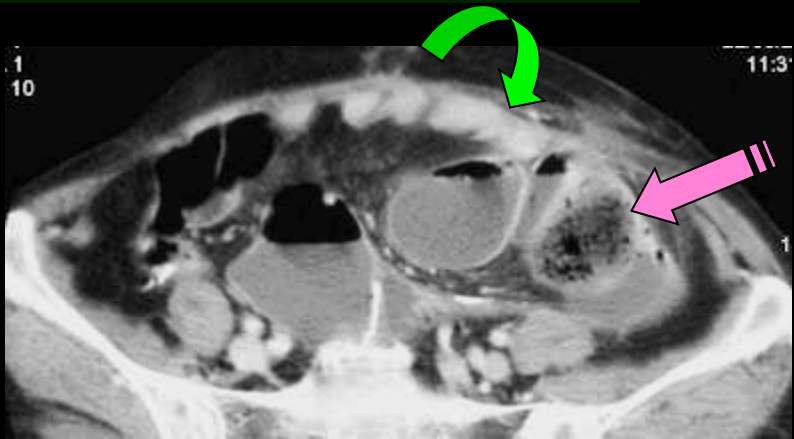
adhérences intestino-
mésentériques pariétales
antérieures et interanses



occlusion sur **adhérences** intestino-mésentériques ; volvulus chronique **sans images de strangulation** ; "**pseudo-féces sign**" occlusion "chronique" ; le degré de distension des anses n'est pas l'élément le plus significatif de la gravité (cf stase urinaire du haut appareil)



adhérences et bézoard



- pas de disposition radiaire des anses
- pas (peu) de "souffrance" vasculaire mésentérique ni intestinale
- anse comprimée en un seul endroit (?)
- composante endoluminale associée fréquente (bezoard)

le diagnostic des adhérences intestino-mésentériques fait partie des **"grands oubliés" des CR scanographiques**

avec :

.la **stéatose hépatique** (une des rares atteintes hépatiques "guérissables")

.l'**athérome calcifié proximal des coronaires** (tronc commun, IVA et segments proximaux des circonflexes) , ainsi que les **RAC**

.les **fractures vertébrales ostéoporotiques**

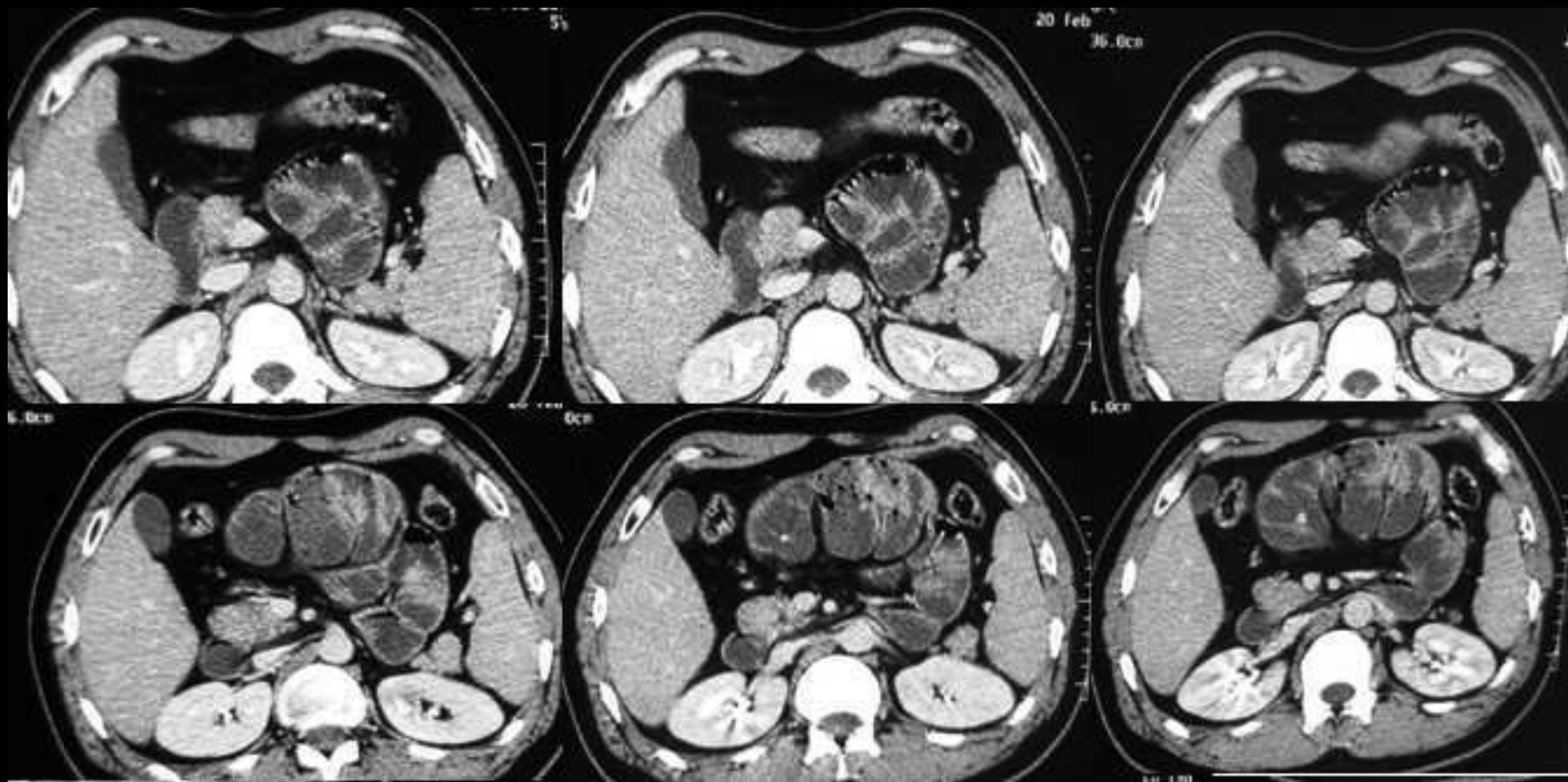
le diagnostic des adhérences intestino-mésentériques est important

.**pour le patient** puisqu'il a une explication de ses douleurs qui ne sont pas liées à une reprise évolutive de l'affection causale opérée , et qu'il pourra atténuer par une adaptation de ses ingesta

.pour le chirurgien qui saura alors préférer une "open-coelioscopie" à une introduction aveugle classique des trocards

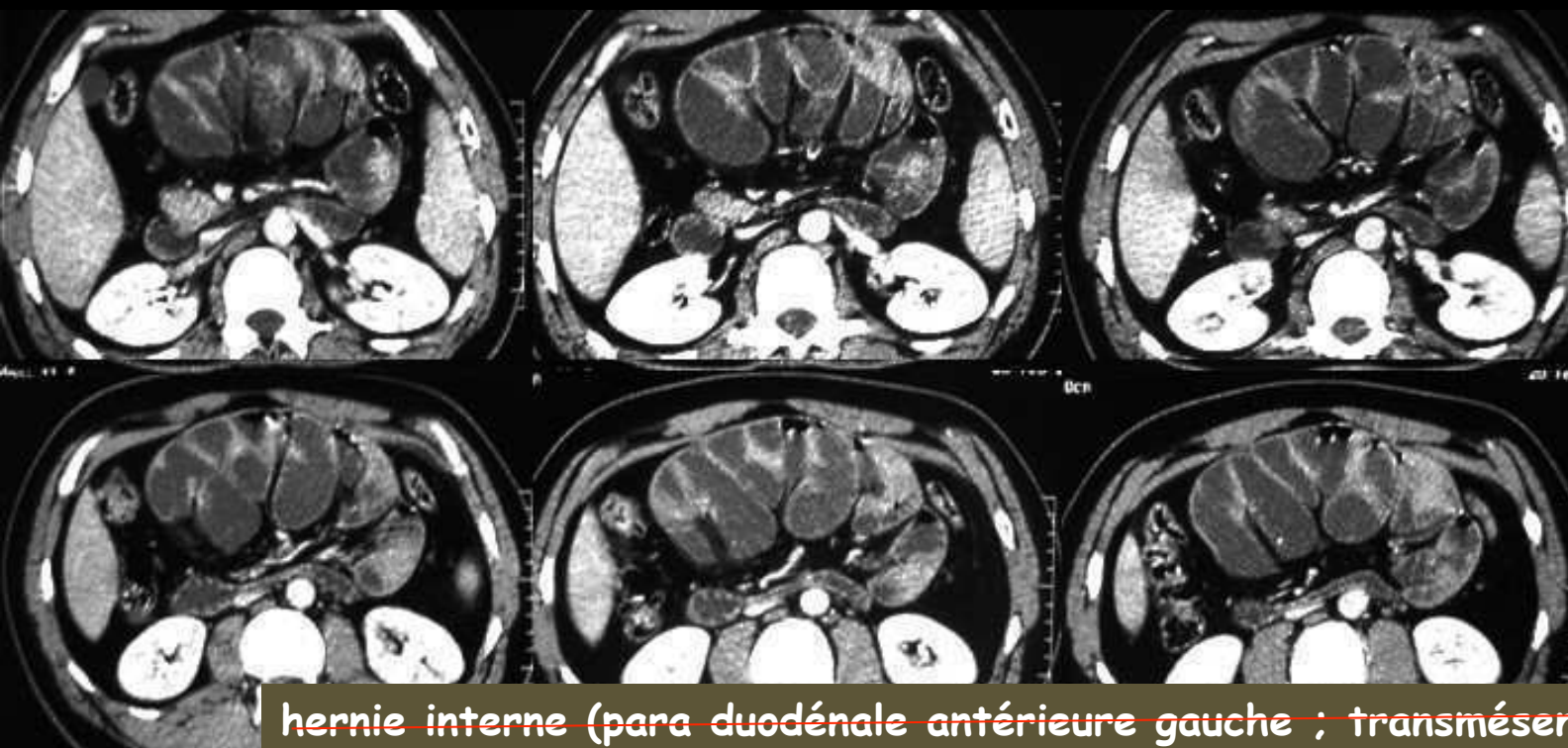


jeune homme de 25 ans , marocain ,sans antécédents pathologiques particuliers
présente de façon brutale un syndrome occlusif.



obs. : Pr. Nabil Chikhaoui Casablanca





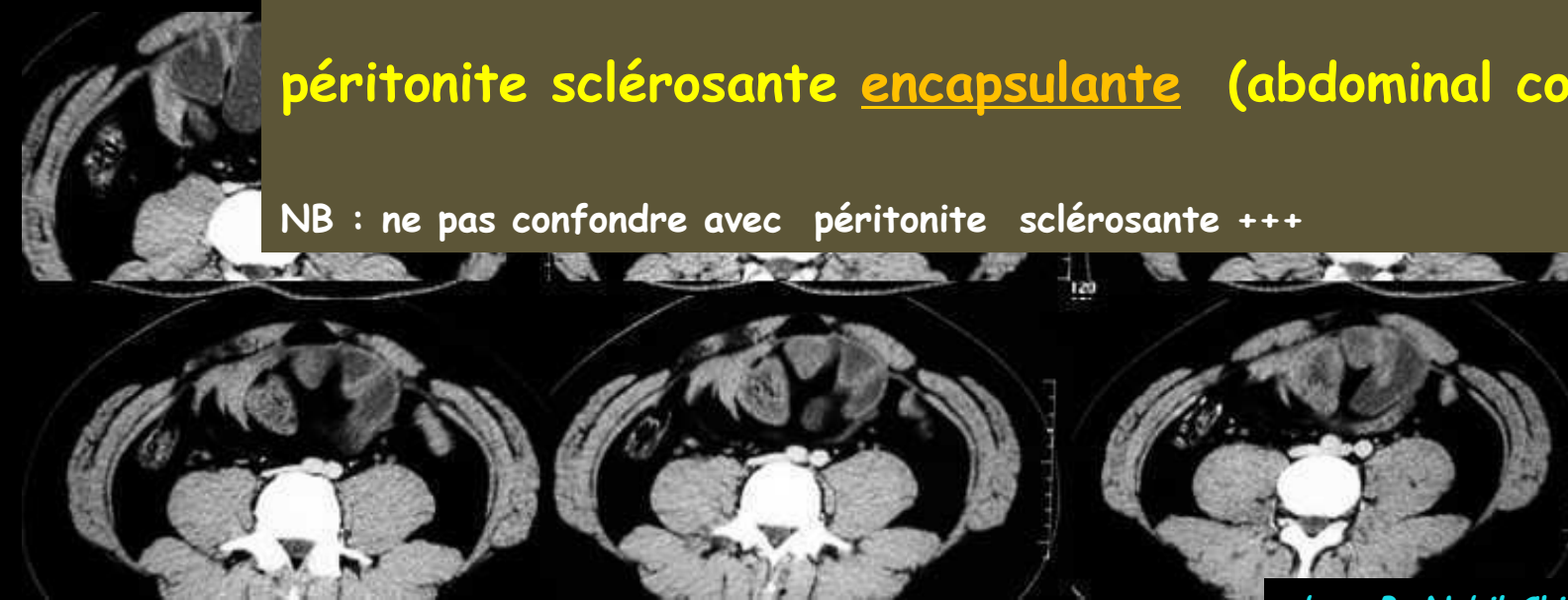
hypothèses
diagnostiques



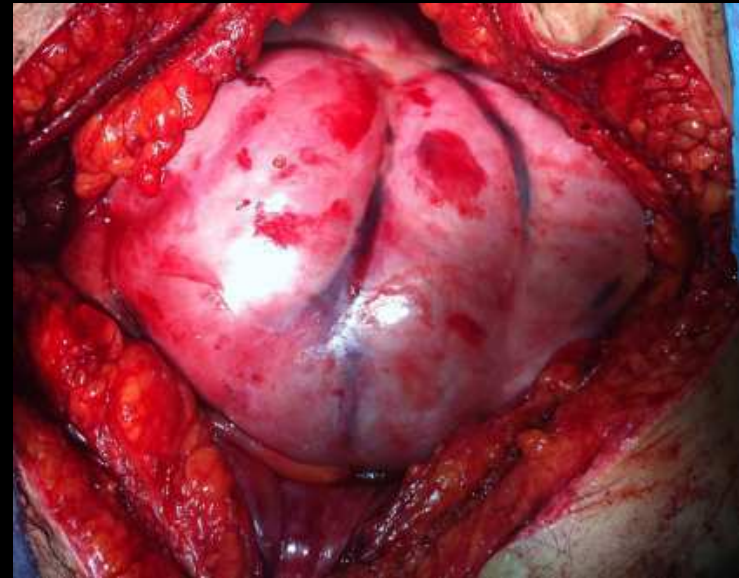
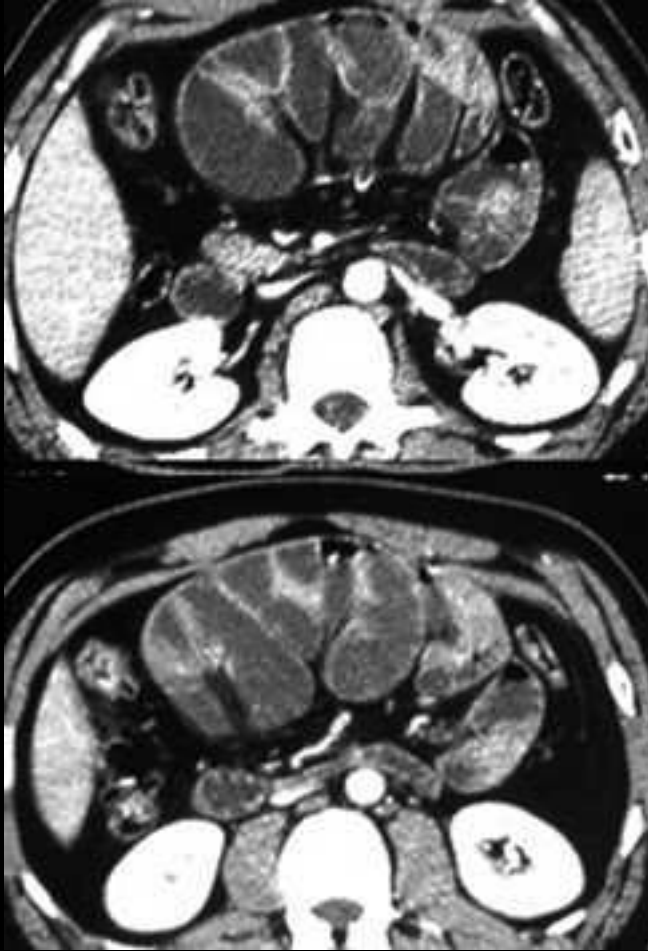
~~hernie interne (para duodénale antérieure gauche ; transmésentérique)~~

péritonite sclérosante encapsulante (abdominal cocoon)

NB : ne pas confondre avec péritonite sclérosante +++



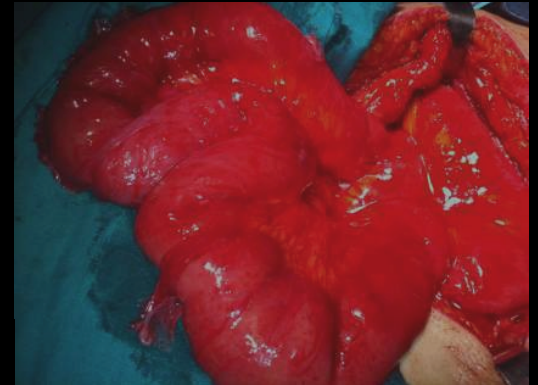
obs. :Pr Nabil Chikhaoui Casablanca



aspect opératoire : anses grêles englobées dans une coque fibreuse translucide , sans rétraction du mésentère

Histologiquement la membrane est constituée de tissu fibro-collagène avec ou sans foyers inflammatoires

après résection de la coque fibreuse et libération des anses



péritonite sclérosante **encapsulante** (abdominal cocoon)



-englobement par une **nappe fibro-collagène** d'une longueur variable d'intestin (grêle , sigmoïde ..), avec constitution d'un "sac" fibreux épais .

-épisodes subocclusifs souvent précédés de crises analogues durant plusieurs années

-le grand omentum est généralement de taille réduite , englobé dans la nappe fibreuse

-décrit en 1978 par Foo et coll.

révélation clinique par :

.des crises douloureuses abdominales occlusives récurrentes

.une **perte d'efficacité des séances de dialyse péritonéale** pour maintenir des taux de créatinine bas .

Facteurs favorisants incriminés :

-dialyse péritonéale chronique (prévalence 1 à 7 % ; antécédents de péritonite récurrentes durant au moins 5 à 10 années de dialyse))

- chirurgie abdominale antérieure
- utilisation prolongée de bêtabloquants (practolol)
- shunts ventriculo-péritonéaux
- tuberculose
- fièvre méditerranéenne familiale
- déficit en protéine C
- transplantation hépatique
- matériel étranger fibrogène péritonéal
- thécome ovarien lutéinisant
- traitements par méthotrexate

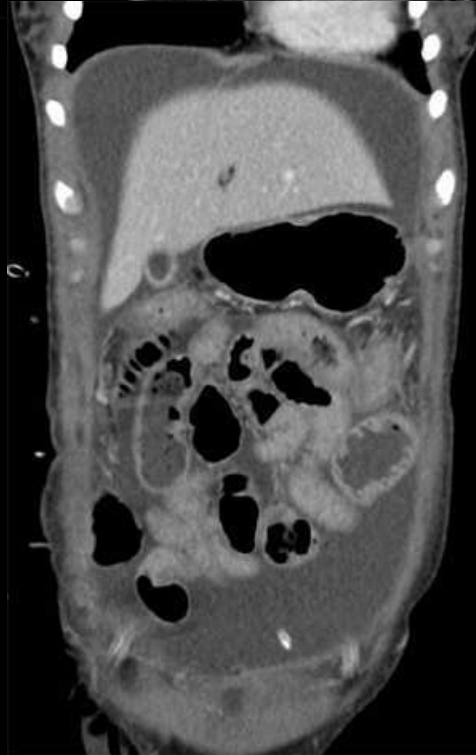
-**péritonite sclérosante encapsulante idiopathique**
décrite chez de jeunes adolescentes en pays tropical



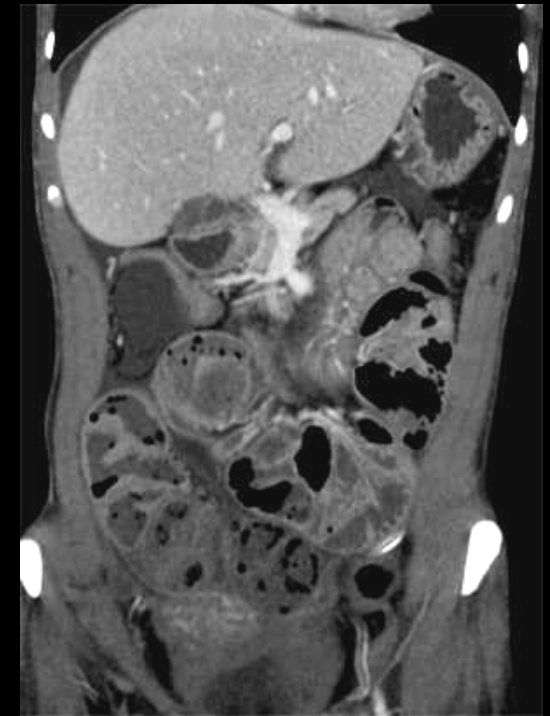
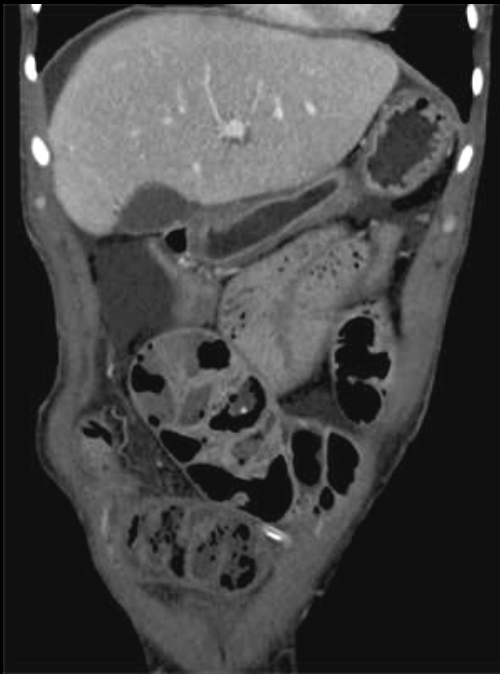
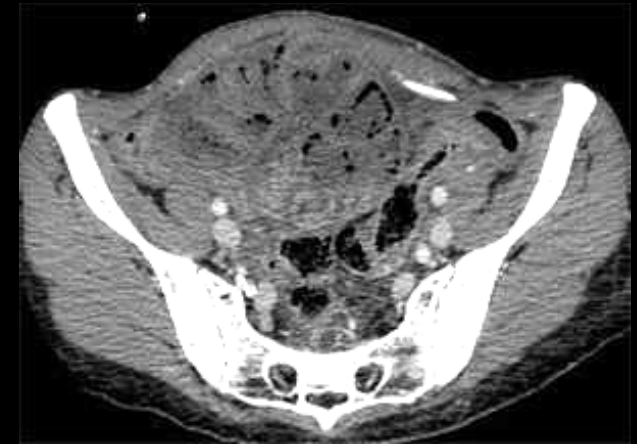
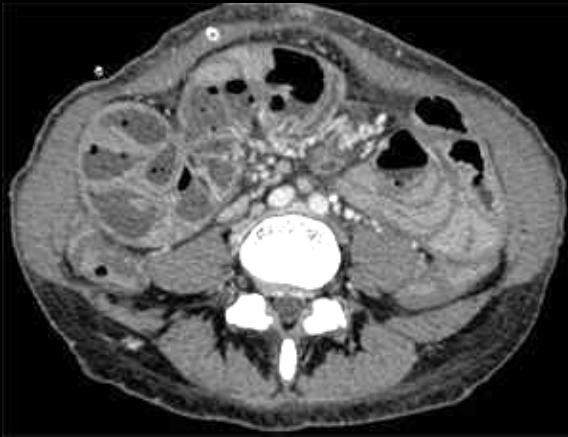
femme 37 ans, diabète de type 1 dialyse péritonéale depuis plusieurs années ; quel est votre diagnostic



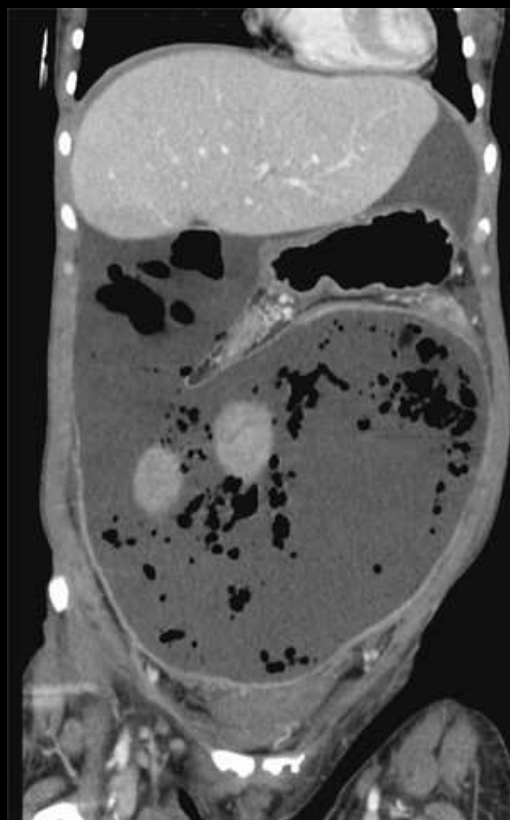
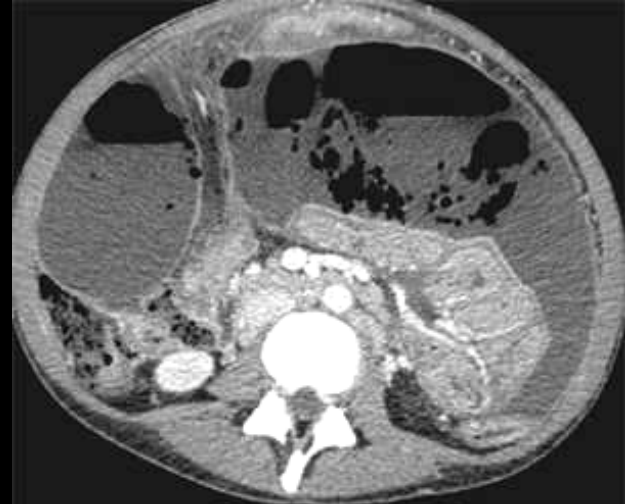
01 2006



01 2007



péritonite **encapsulante** (abdominal cocoon)



02 2007

perforation de l'iléon distal
sur péritonite sclérosante
encapsulante



femme de 34 ans , post-partum 4^{ème} pare , douleurs et vomissements bilieux . antécédent de plaie pénétrante de la paroi abdominale sans effraction péritonéale

Péritonite sclérosante **encapsulante** (abdominal cocoon)

fibrose péritonéale extensive qui complique une dialyse péritonéale chronique mais aussi une chirurgie péritonéale , une plaie pénétrant abdominale , un traitement par bêta bloquants ,

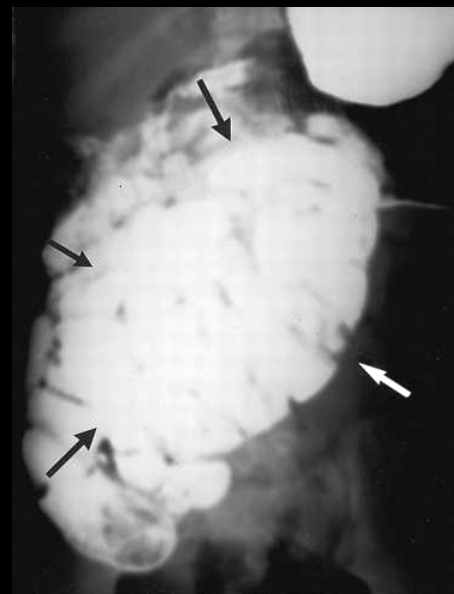
l'"abdominal cocoon" est une variante morphologique de **la péritonite sclérosante encapsulante** dans laquelle tout ou une partie du grêle est englobé dans une épaisse membrane fibreuse calcifiée

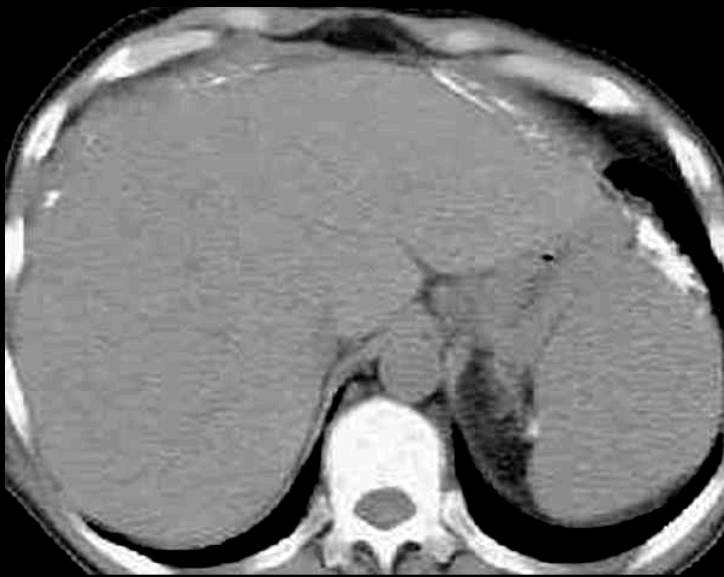
C'est aussi une pathologie des régions tropicales et sub-tropicales qui touche préférentiellement les femmes jeunes ce qui a fait incriminer le reflux péritonéal menstruel associé à des infections virales ,voire à une tuberculose...



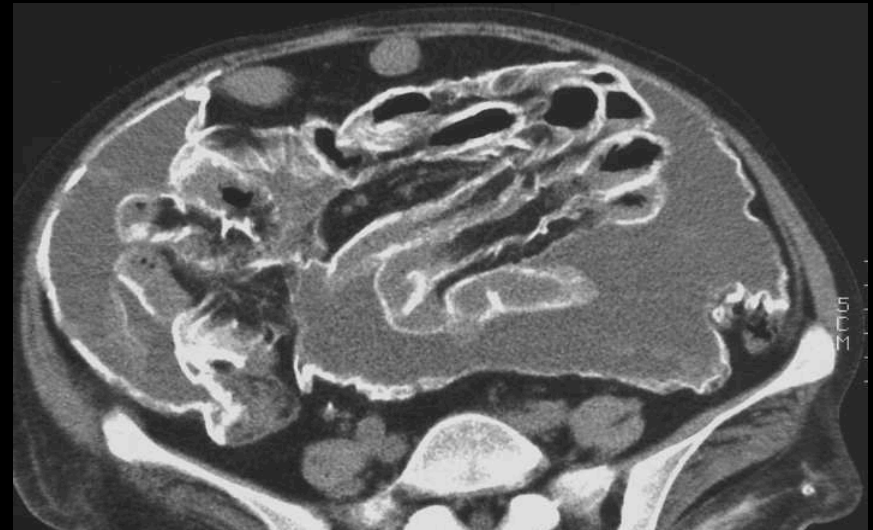
femme 34 ans africaine 4 grossesses à terme.contraception orale depuis 4 ans
Distension abdominale progressive sans fièvre< . .

Scanner et opacification réalisés au décours d'une laparotomie exploratrice



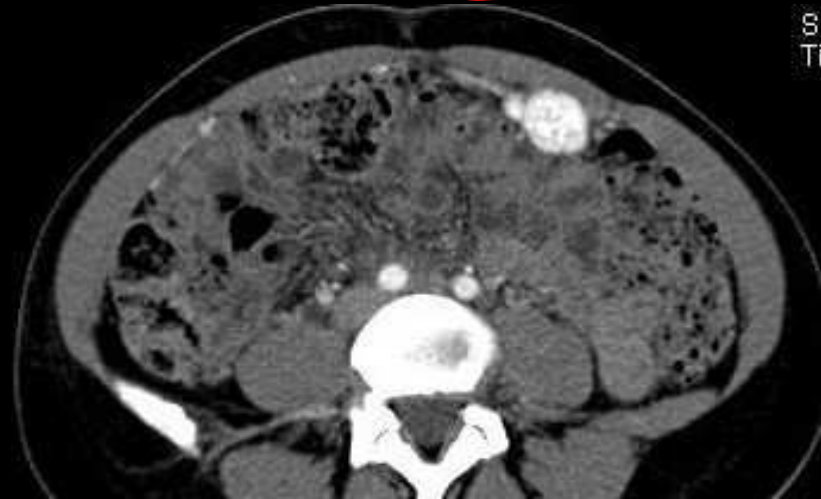


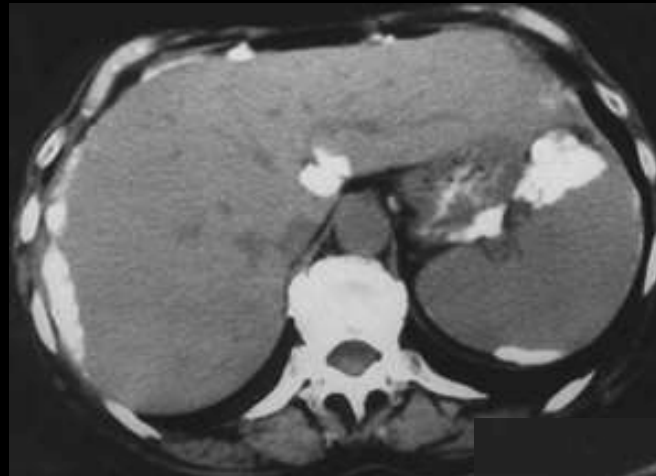
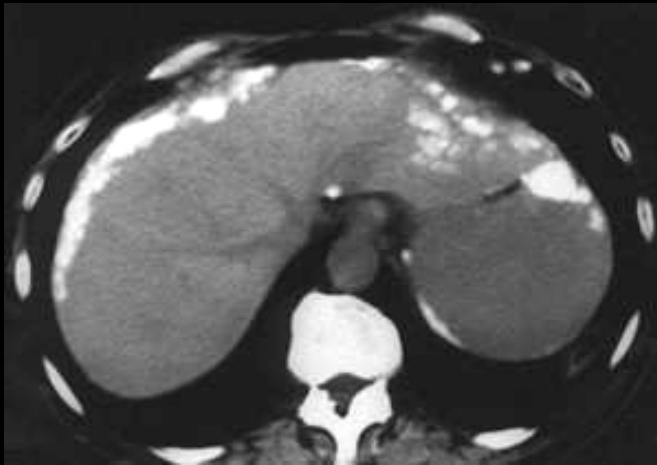
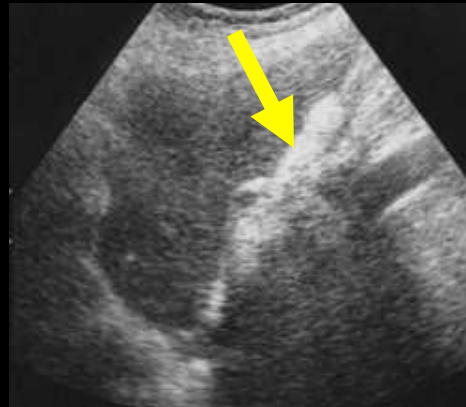
formes calcifiées de péritonite encapsulante chez des dialysés péritonéaux chroniques



d'autres images de calcifications péritonéales , pathognomoniques !

jeune femme 27 ans ,douleurs abdominales, petite baisse de l'état général , habitant Grenoble , "caucasienne ". diagnostic please

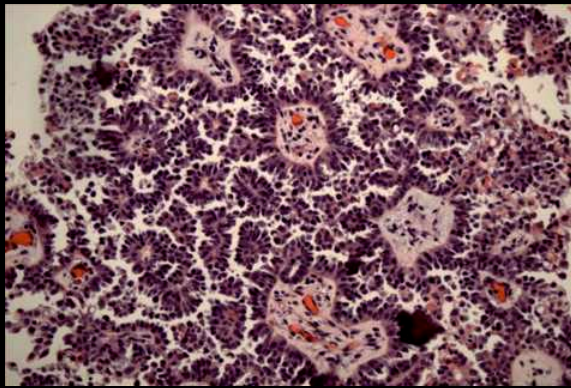




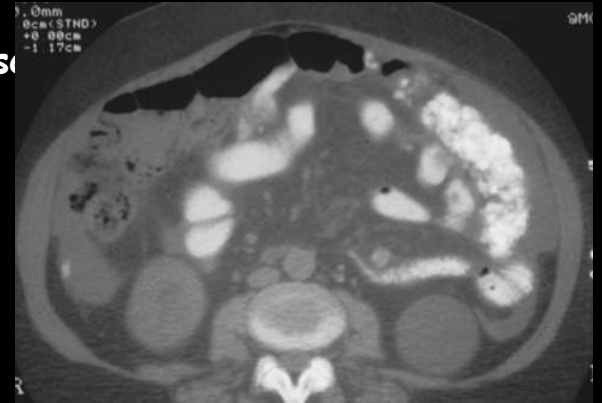
femme 63 ans ;
intervention chirurgicale
18 mois auparavant

même diagnostic





jeune fille 16 ans , douleurs abdominales depuis 5 mois , ascite, calcifications péritonéales



cystadénocarcinome séreux papillaire de l'ovaire

forme la plus commune des carcinomes ovariens.

L'extension métastatique au péritoine est fréquente ,affectant préférentiellement la région sous phrénique droite (signe des calcifications péri hépatiques), le **grand omentum** et le **cul-de-sac de Douglas**, mais on peut en trouver dans tout l'abdomen, l'arrière cavités des épiploons , les gouttières paracoliques , le mésentère, la paroi abdominale, les ganglions lymphatiques...

Les implants péritonéaux calcifiés peuvent intéresser à la fois le **feuillet pariétal** et le **feuillet viscéral** du péritoine et s'étendre dans les **structures adjacentes** (parenchymes pleins, diaphragme)

Les **localisations sous-phréniques gauches et péri- spléniques** sont **rare** peut-être en raison de la présence du ligament phrénico-colique gauche (**sustentaculum lienis**) qui empêche la communication entre les deux étages sus et sous méso colique ,du côté gauche.



NB : en règle pas d'ascite