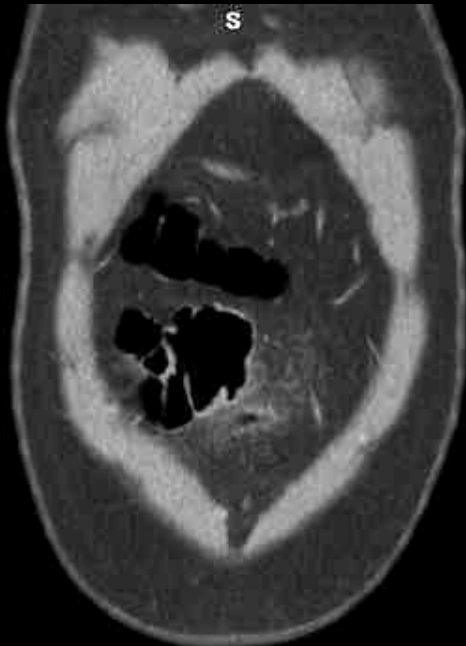
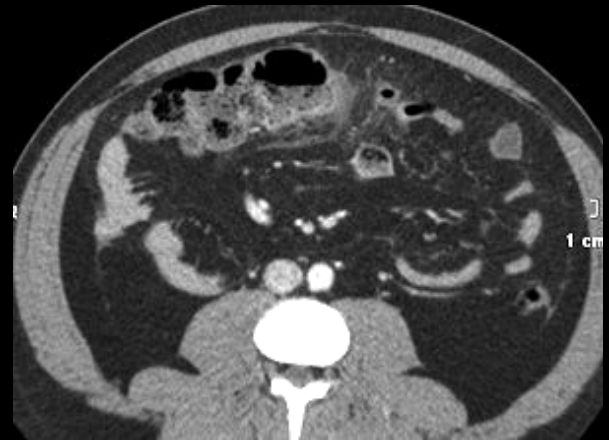
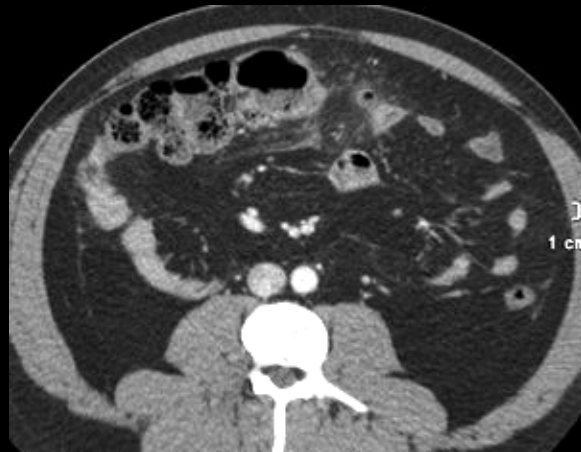


quelles sont les variantes anatomiques du péritoine les plus fréquemment observées chez l'adulte ?

quelles sont les conséquences sur la présentation clinique des pathologies abdomino-pelviennes ?

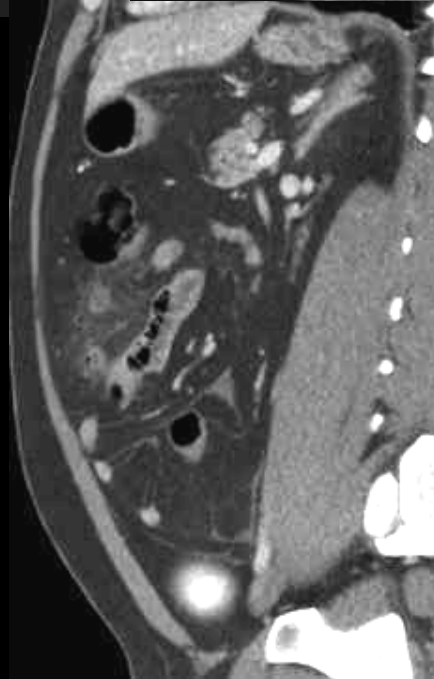
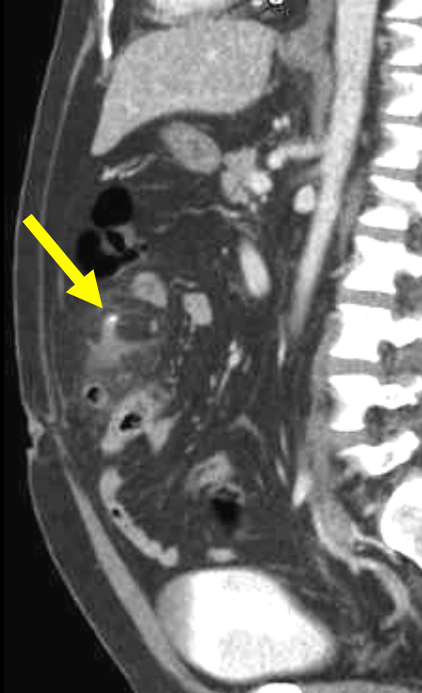
quel est leur rôle dans la physiopathologie des abdomens urgents ?

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 mésocolique des images d'appendicite aiguë ?



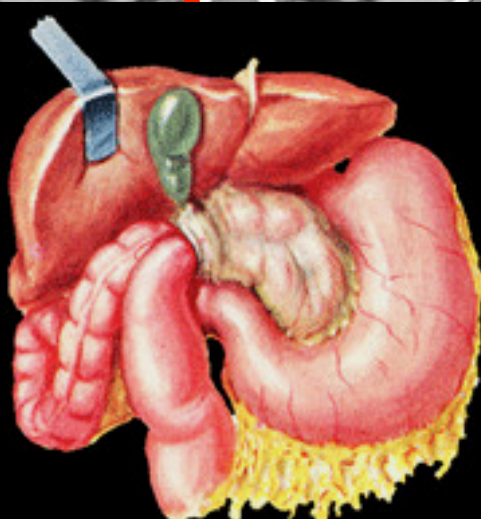
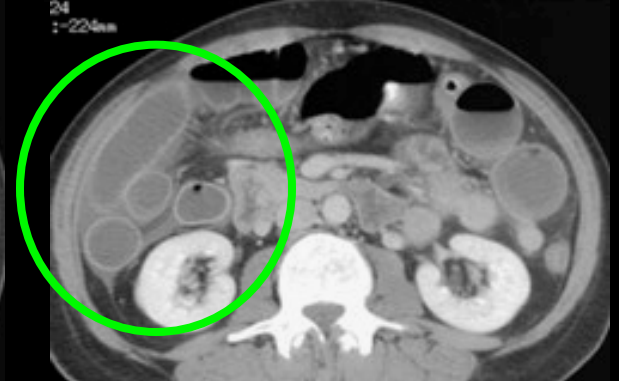
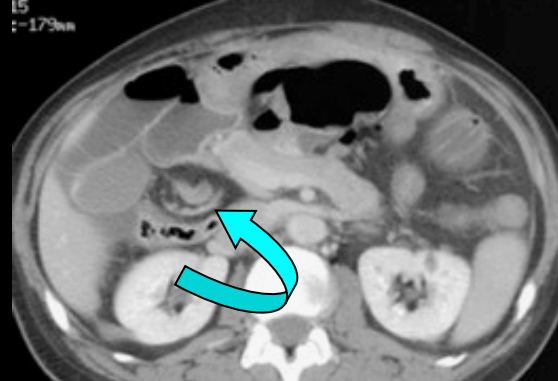
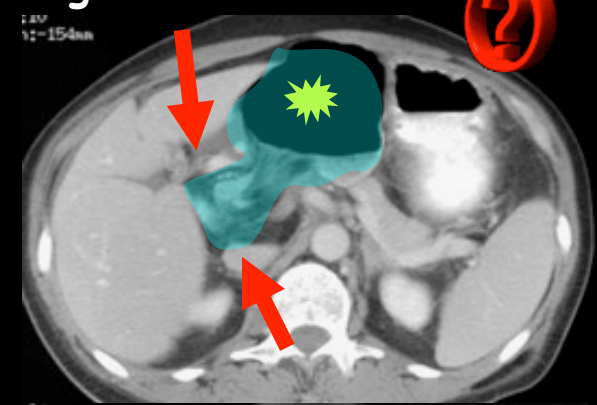
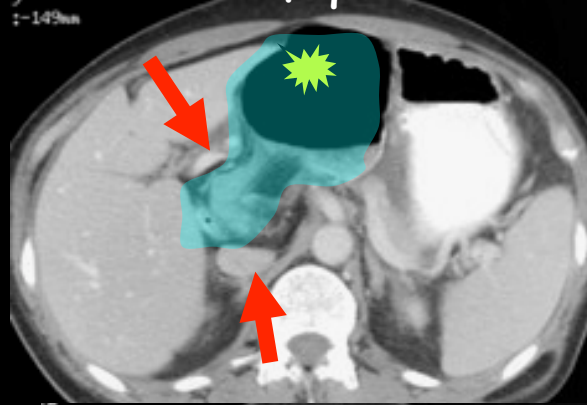
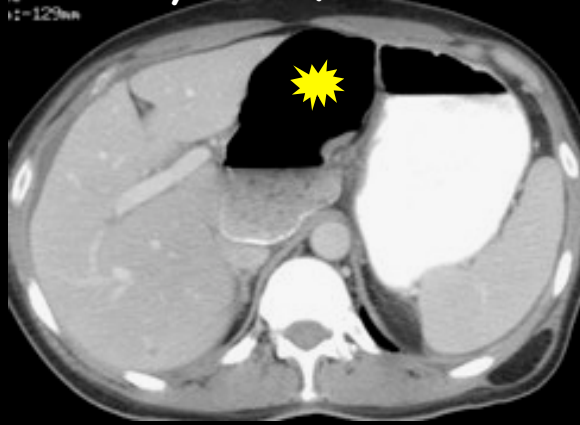


appendicite méso cœliaque sur caecum
mobile par défaut d'accolement du
fascia de Toldt droit

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

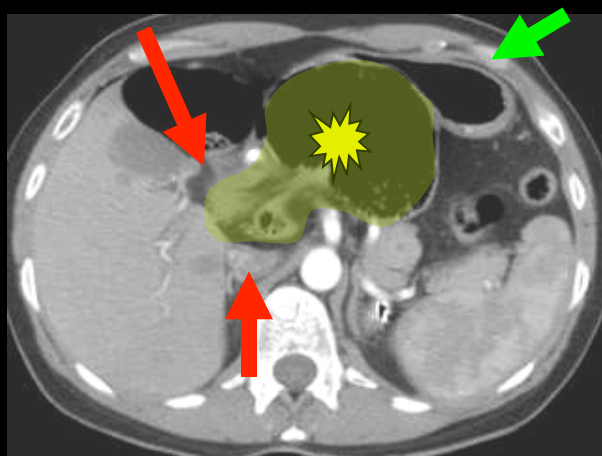
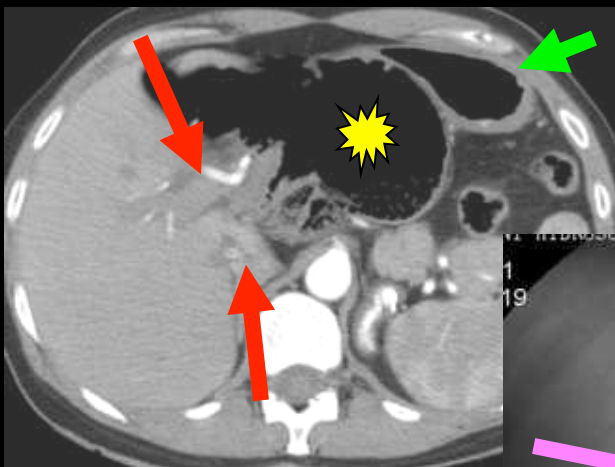
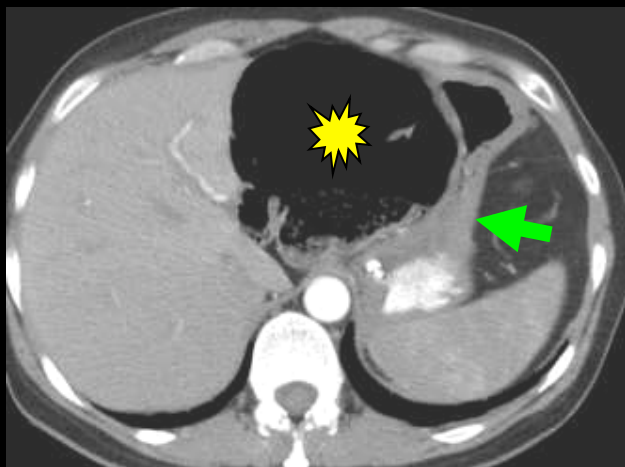


femme 38 ans , crises douloureuses épigastriques intermittentes depuis plusieurs années , sans facteur déclenchant évident ; quel est votre diagnostic

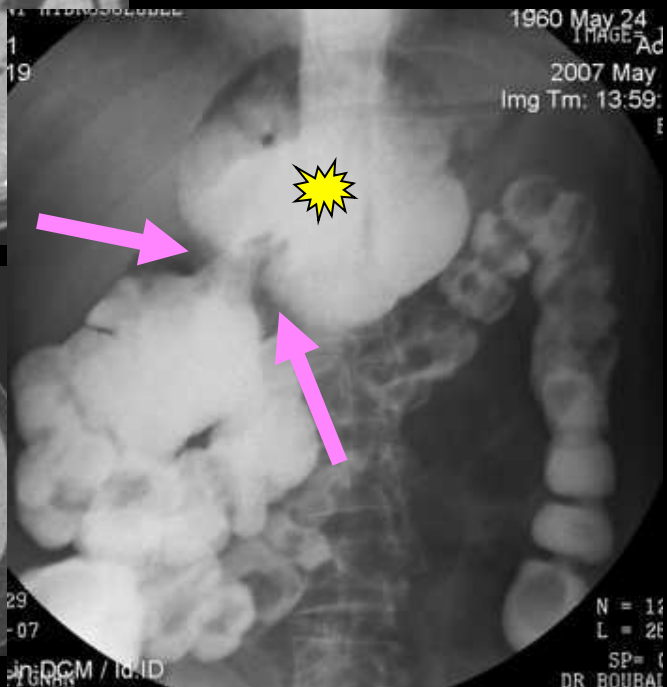


hernie du foramen omental (hiatus de Winslow), à contenu caecal
hernie de Blandin

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



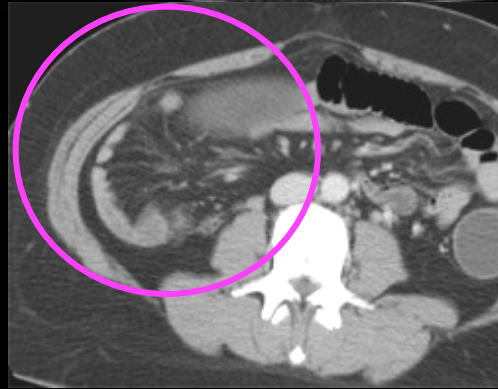
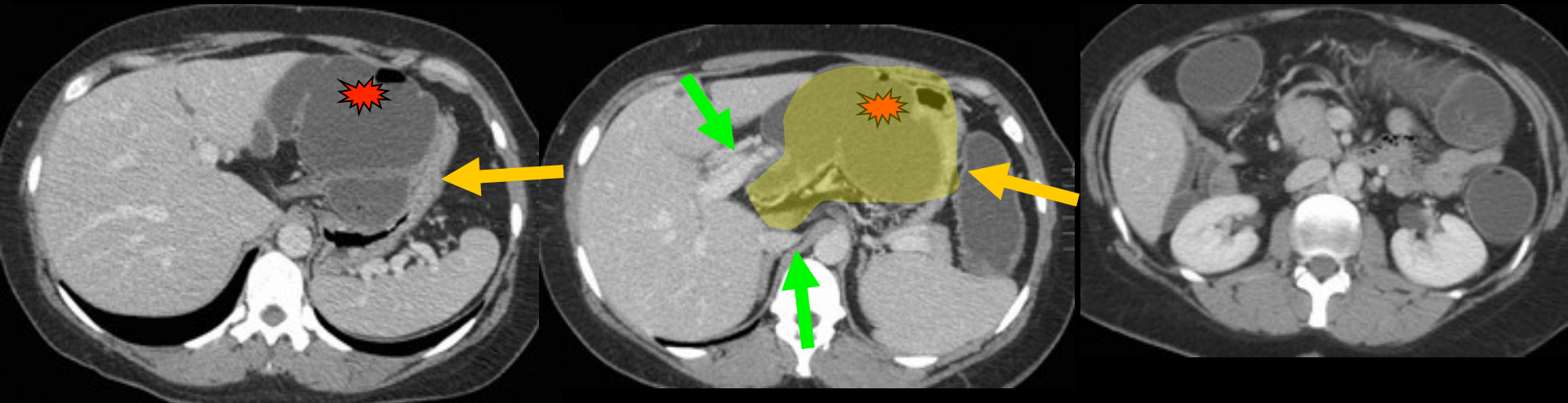
femme 47 ans



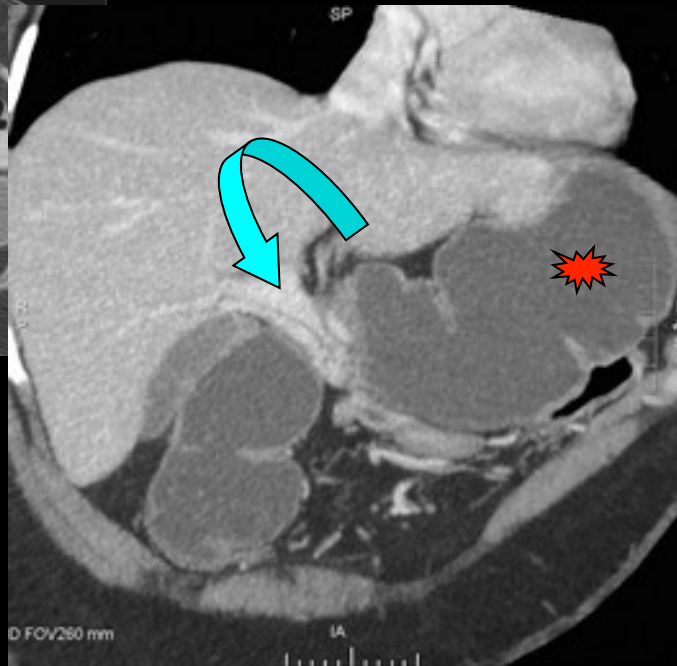
hernie du foramen
omental (hiatus de
Winslow) ,à contenu
caecal
hernie de Blandin

Obs. Bertrand CH Perpignan

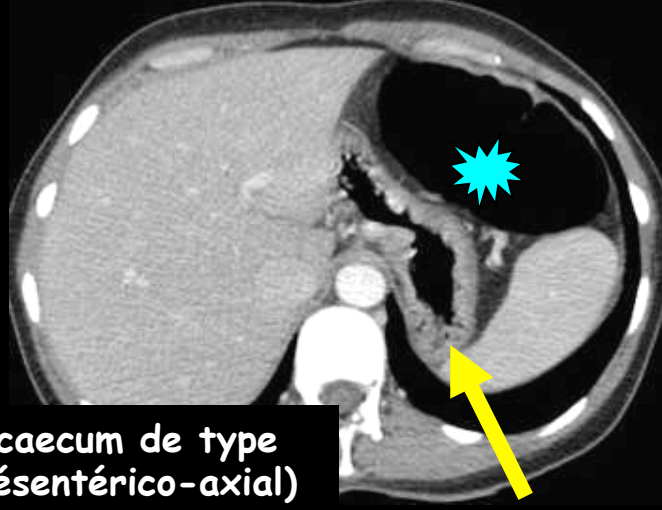
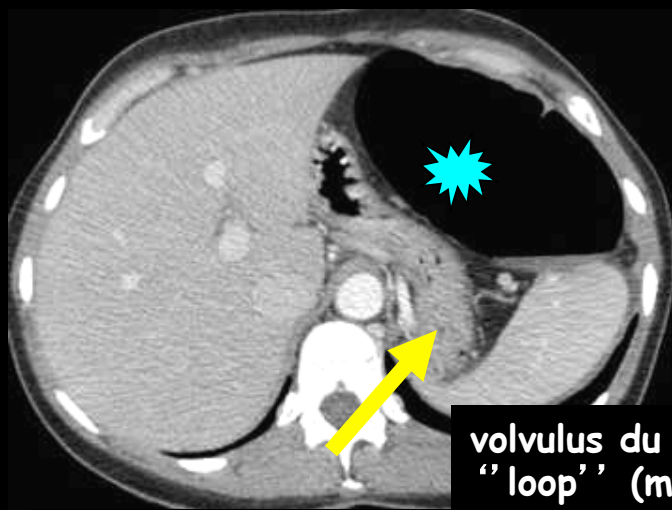
femme 35 ans colo CT à l'eau, crise douloureuses épigastriques depuis plusieurs mois ; un premier scanner avait fait soupçonner le diagnostic



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

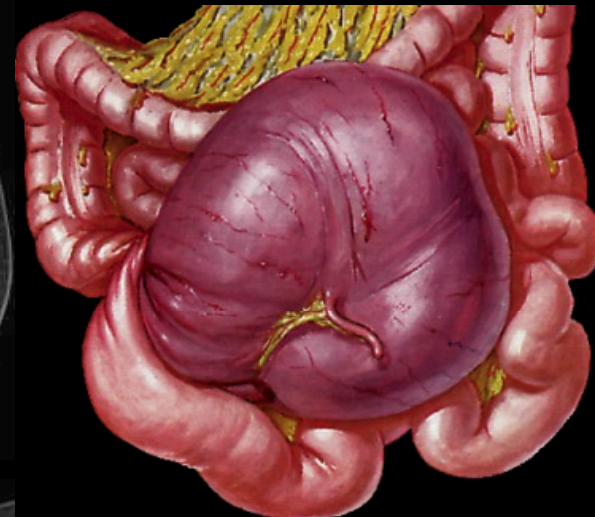
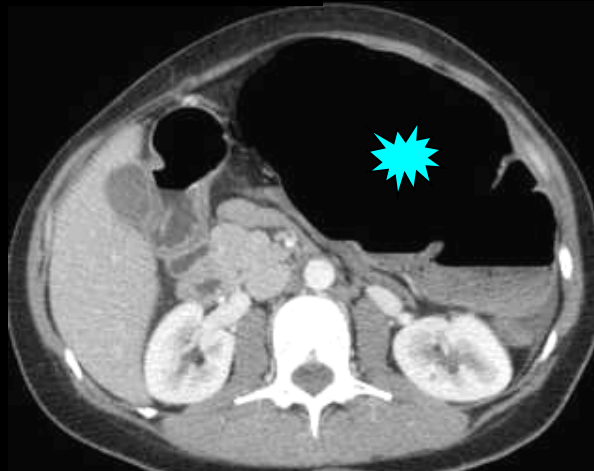
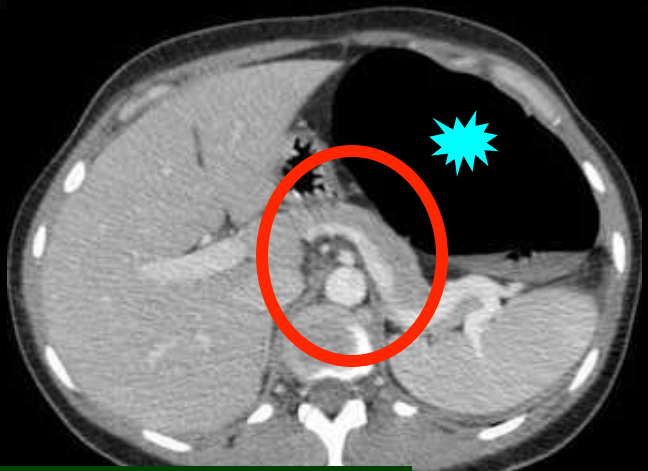


hernie du foramen omental (hiatus de Winslow) à contenu caecal (hernie de Blandin) + déhiscence du petit omentum

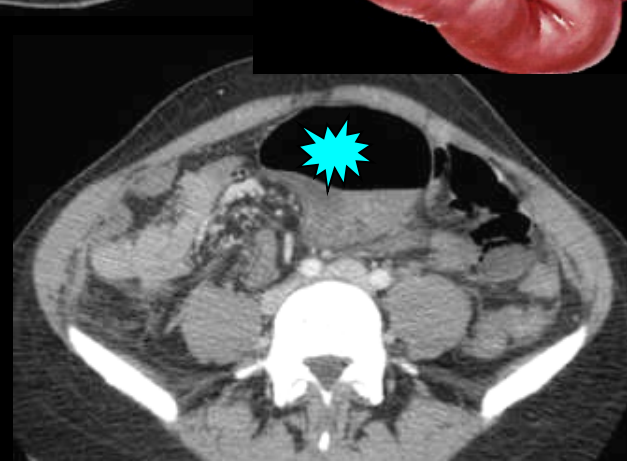
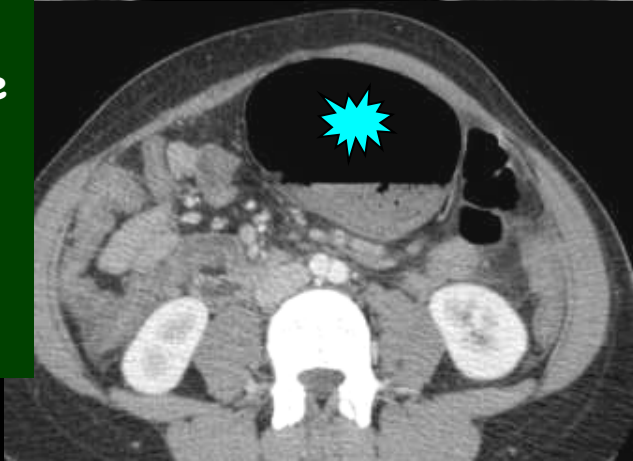


volvulus du caecum de type "loop" (mésentérico-axial)

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



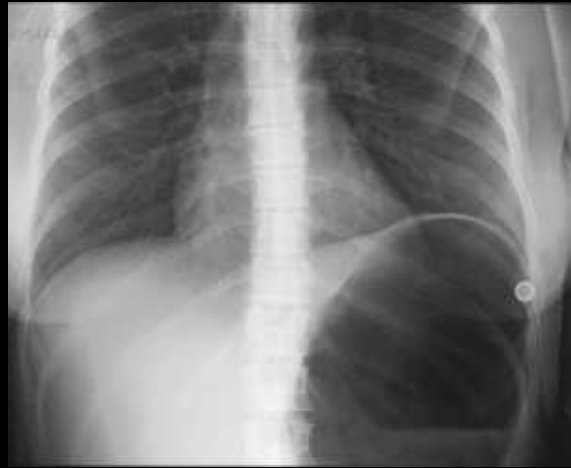
Un caecum en
distension ,à gauche
de la grande
courbure gastrique,
signe le volvulus
mésentérico-axial
de type "loop"



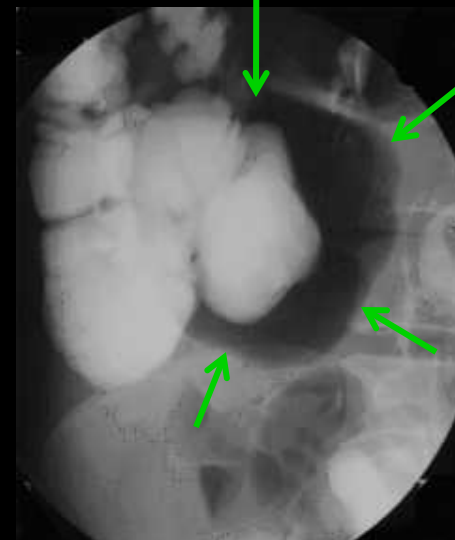
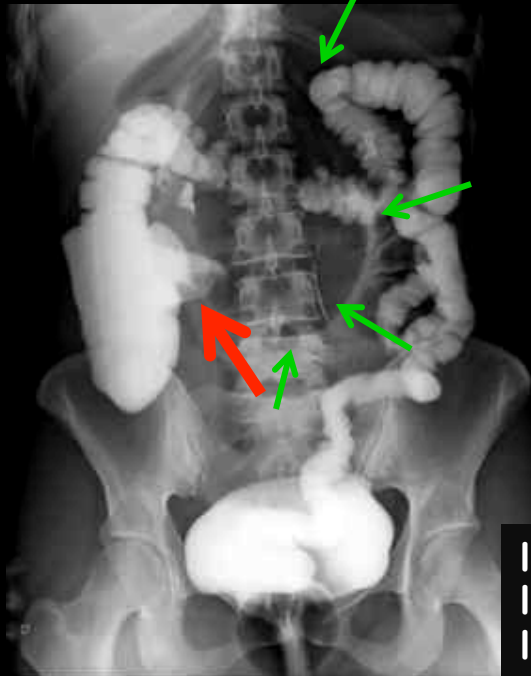
même patiente ASP pratiqué 3 jours avant le scanner ; le diagnostic de volvulus du caecum est affirmé



station verticale , RD horizontal



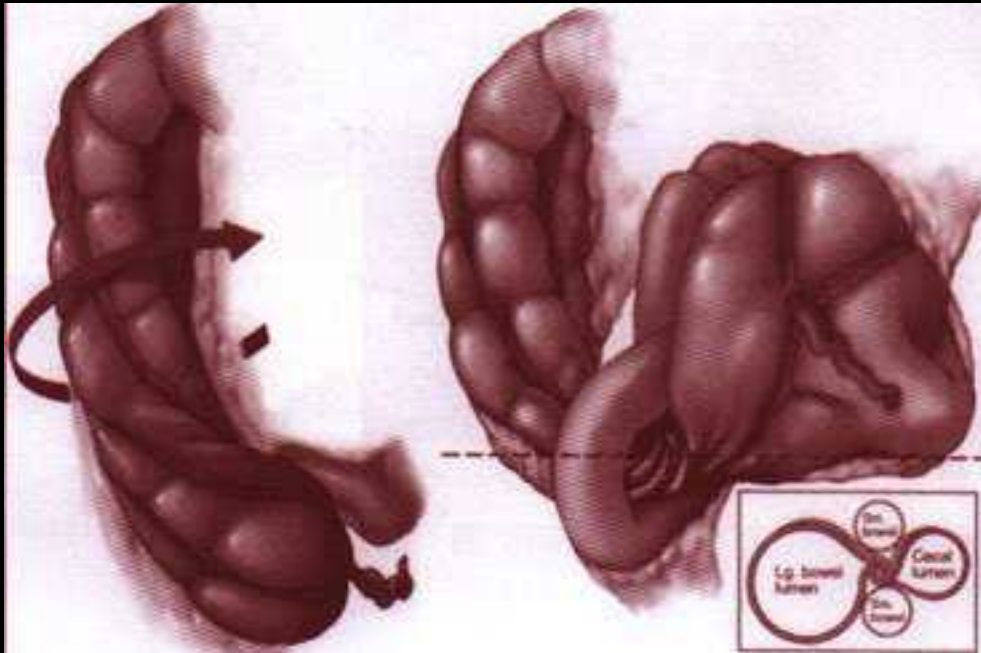
décubitus RD vertical



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 :

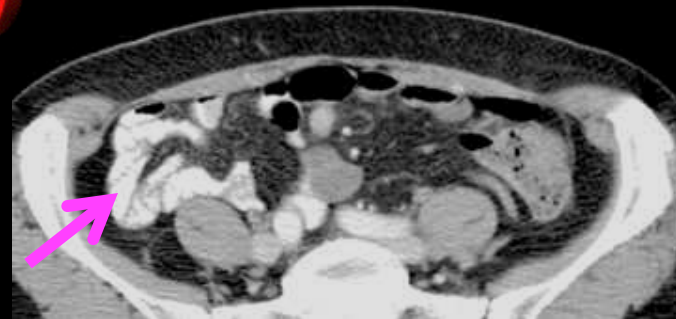
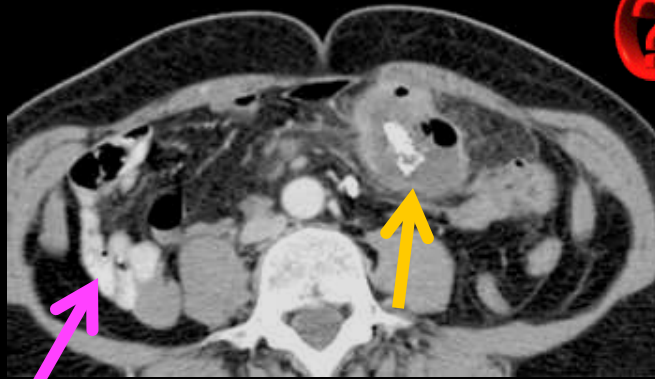
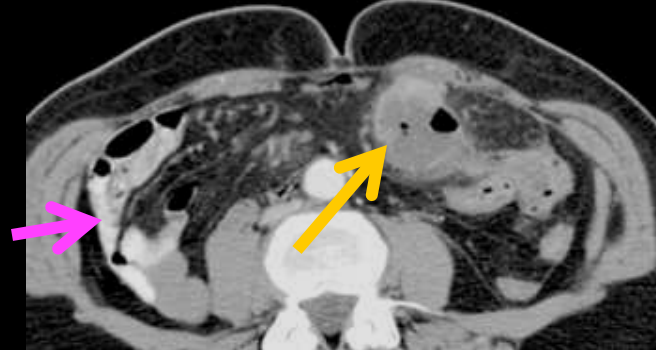
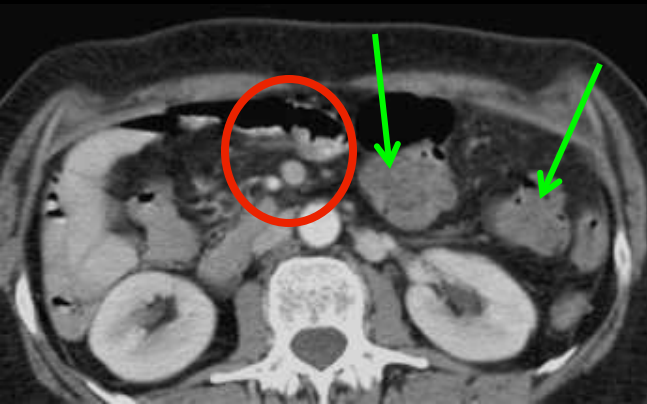
- le type **mésentérico-axial** concerne le caecum $\pm$ du grêle ; il amène le caecum dans l'hypochondre G ou dans la région mésocoeliale ;
- le type **organo-axial** laisse le caecum dans la FID
- la **plicature caecale** s'effectue dans un plan sagittal , d'arrière en avant

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

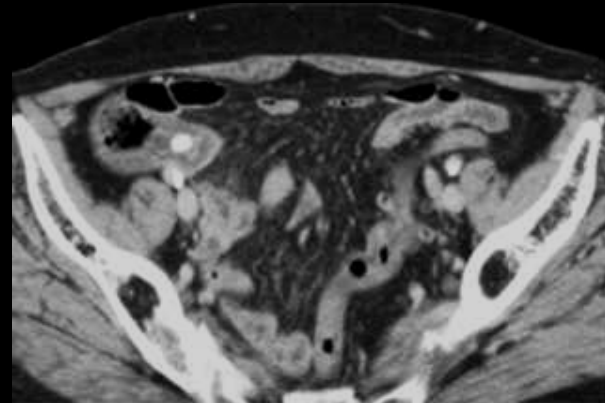
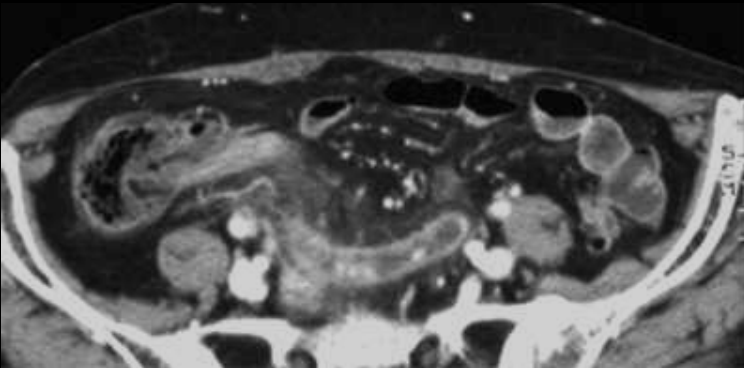
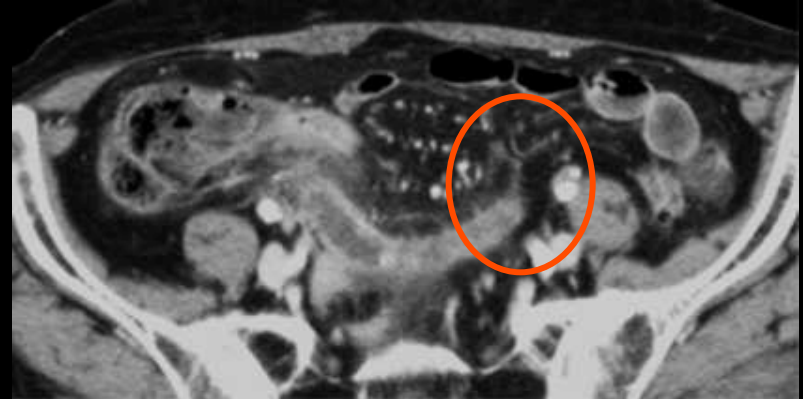
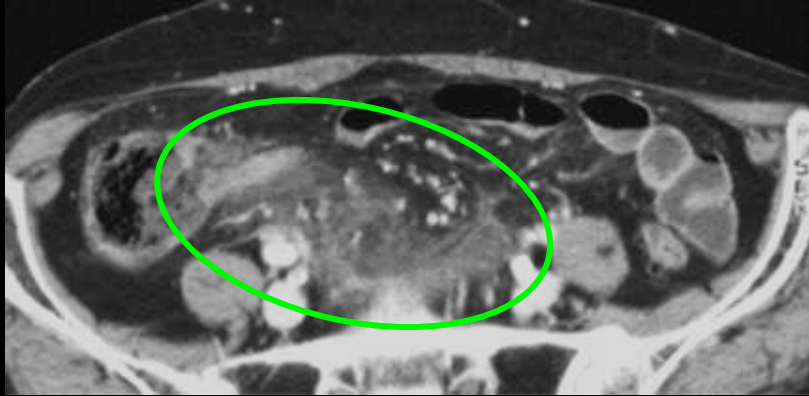
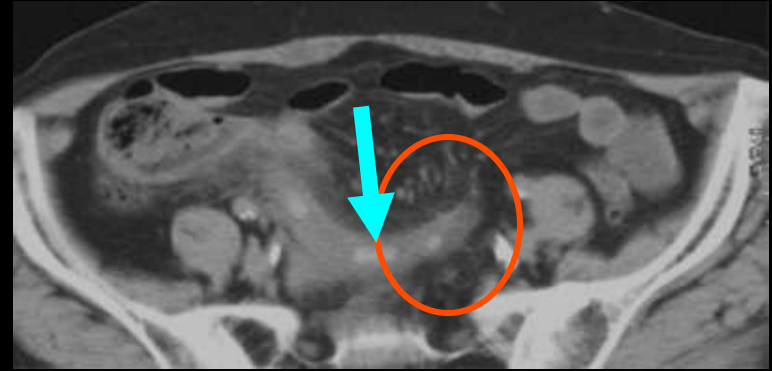
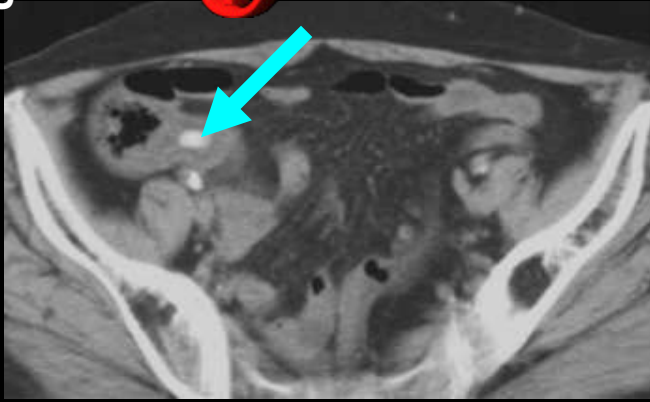
syndrome d'hétérotaxie avec asplénie (Ivemark) ou polysplénie (isomérisme gauche)



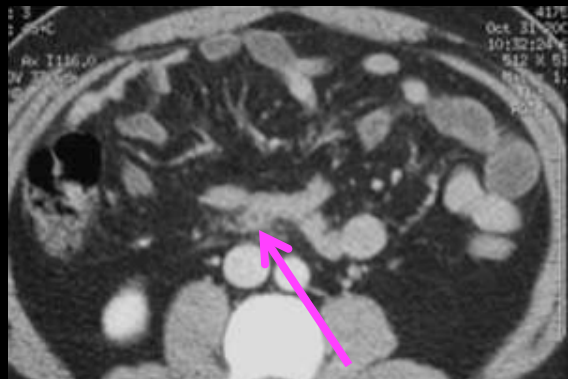
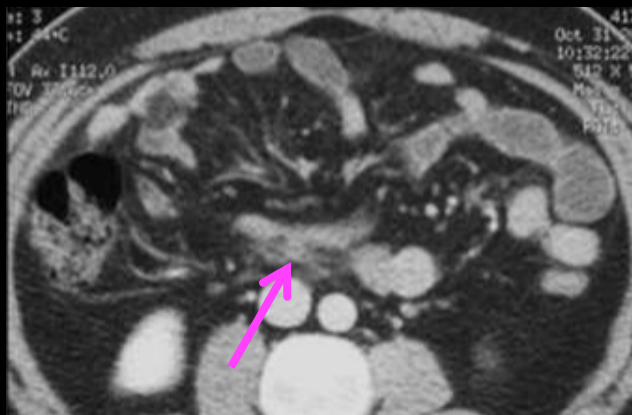
cæcum ectopique : appendicite méso-coeliale sur **mésentère commun complet**

diagnostic

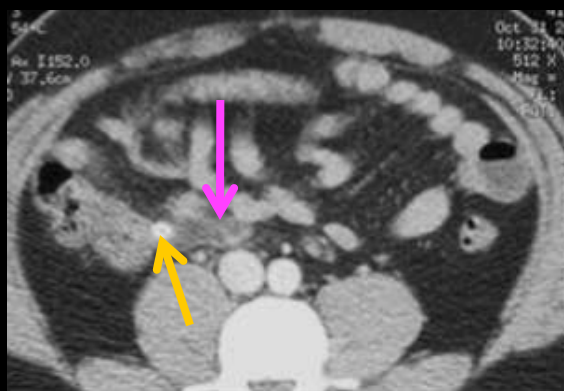
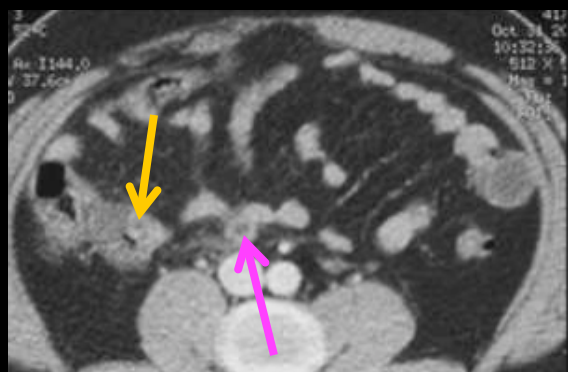
②



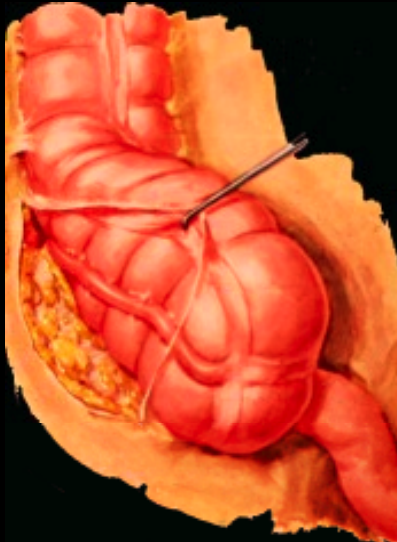
cæcum orthotopique : appendicite méso-coeliaque sur **appendice très long**



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

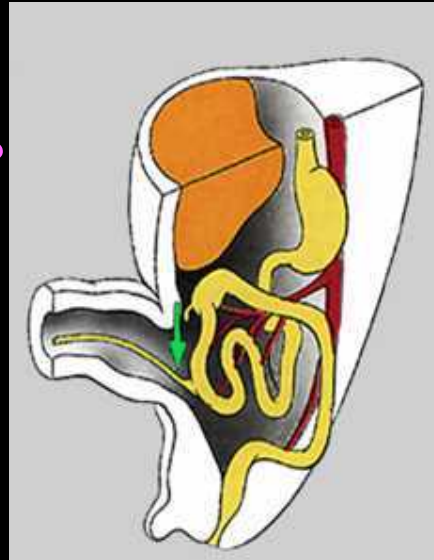


Quelle est la malposition appendiculaire la plus fréquemment observée et pourquoi



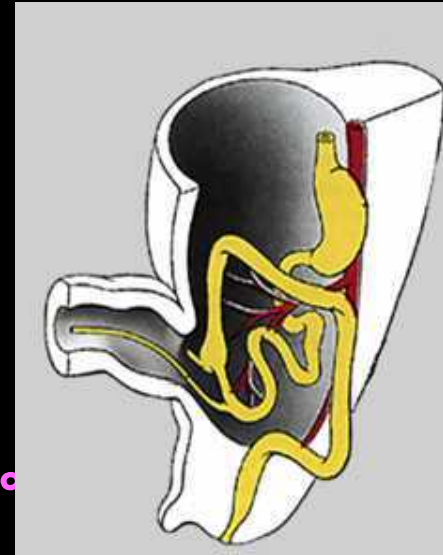
3

180°



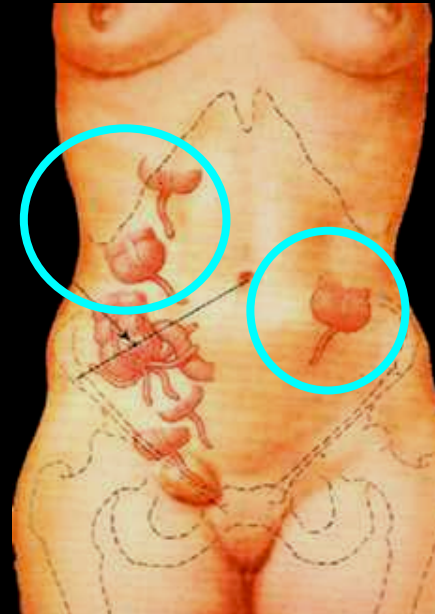
4

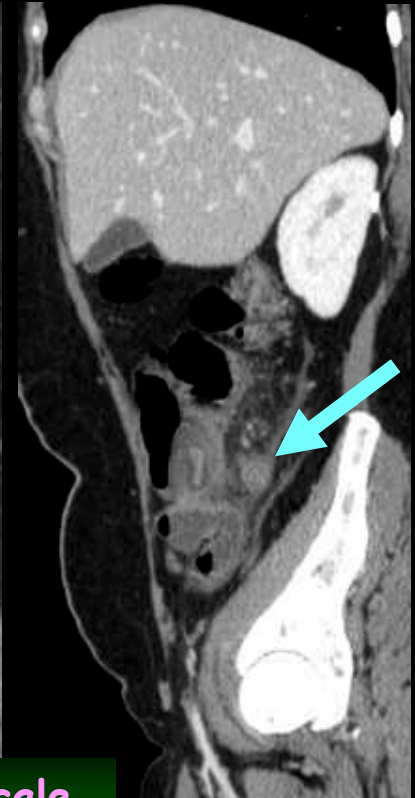
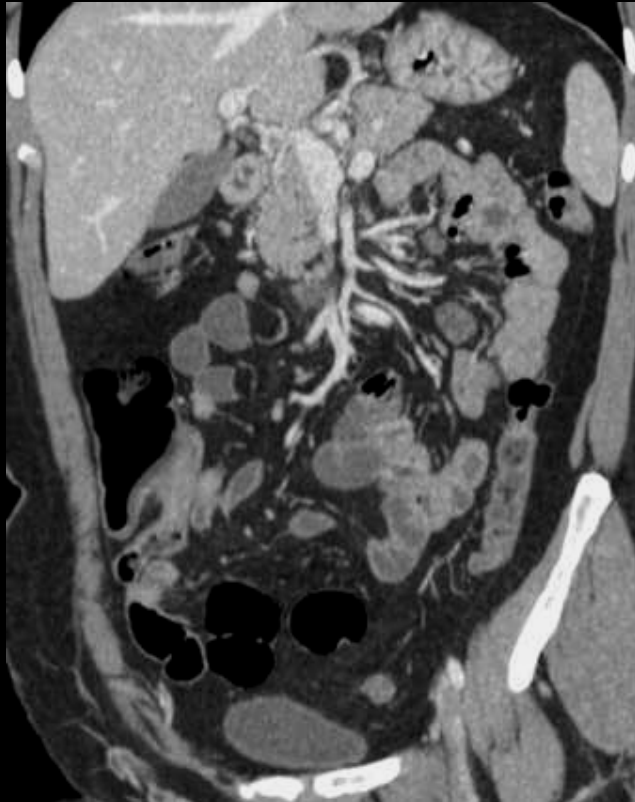
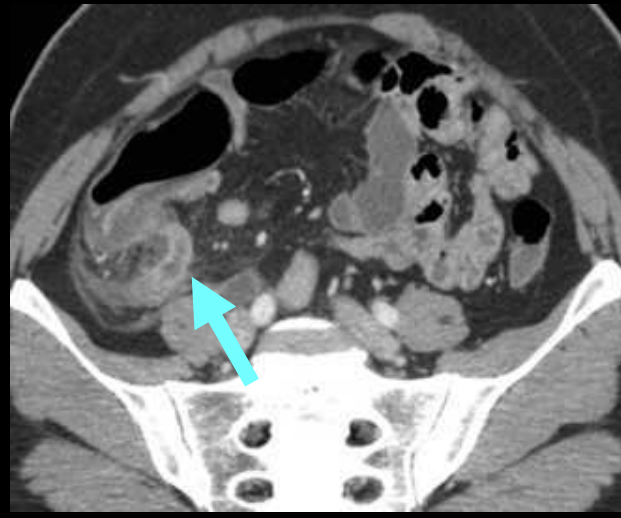
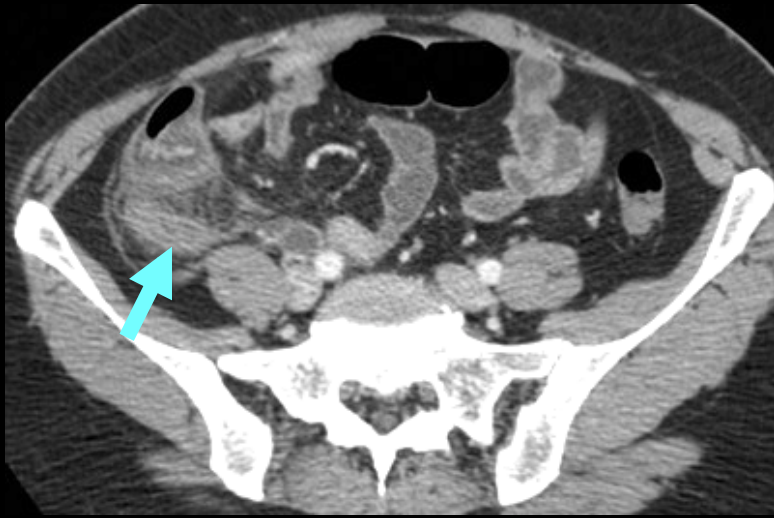
270°



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**

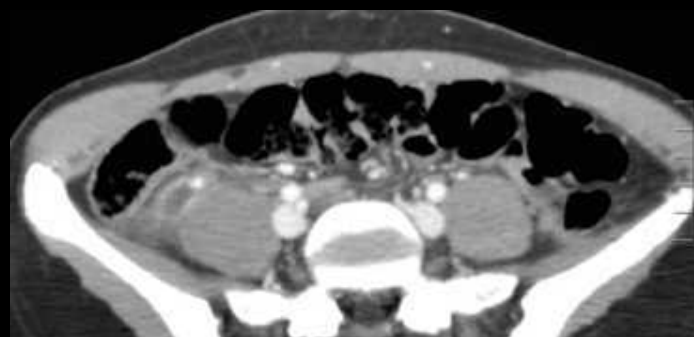
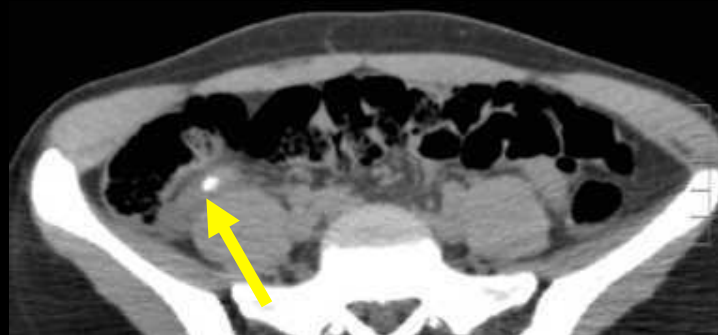
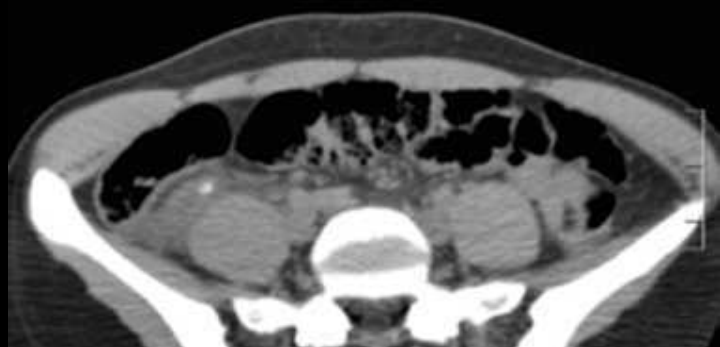
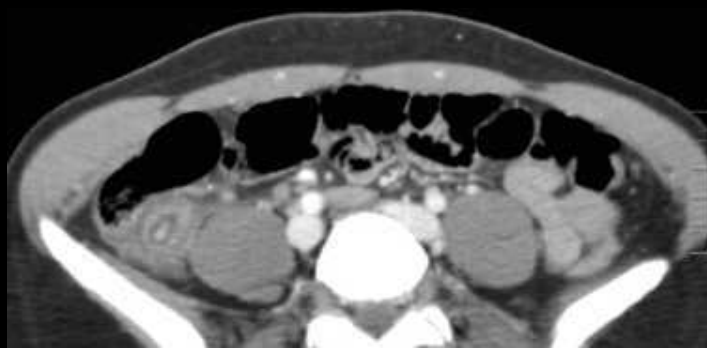
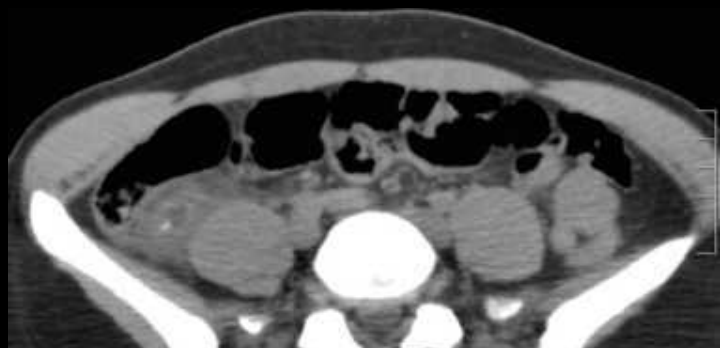
Les excès de migration expliquent les **appendicites pelviennes** ; les défauts de migration , beaucoup plus fréquents sont à l'origine des **appendicites sous hépatiques**



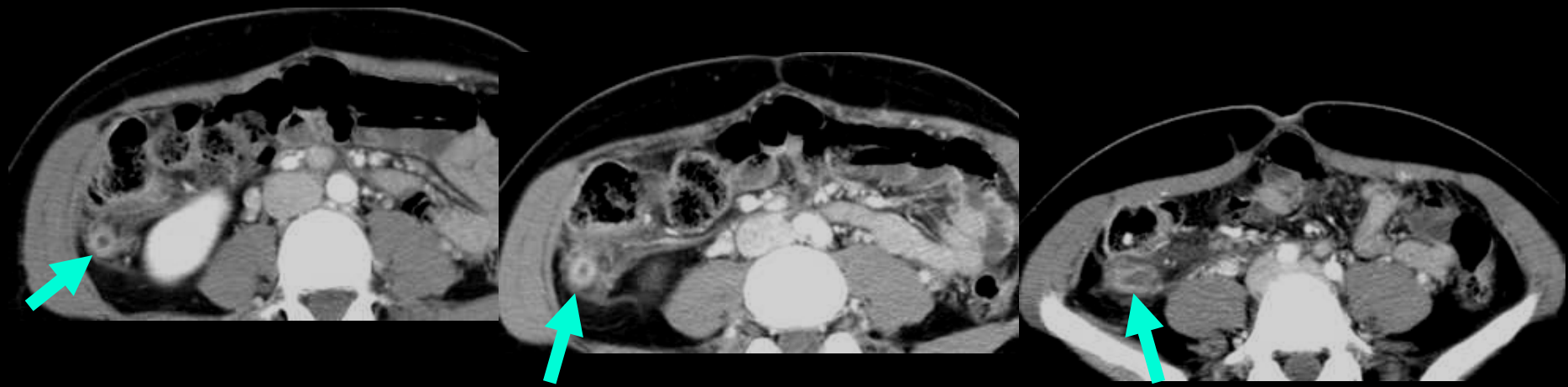


appendicite rétrocaecale

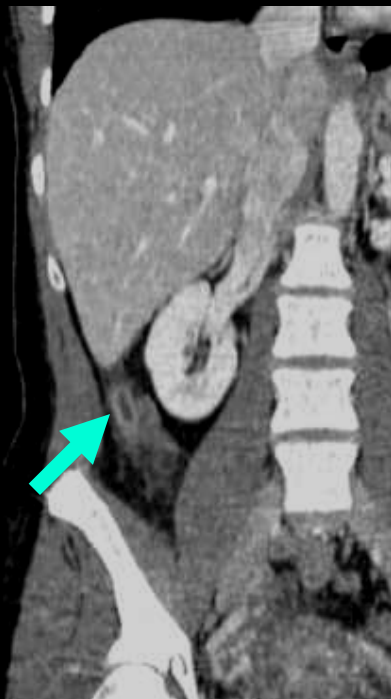
jeune femme 20 ans ; douleurs fébriles de la FID avec polynucléose neutrophile



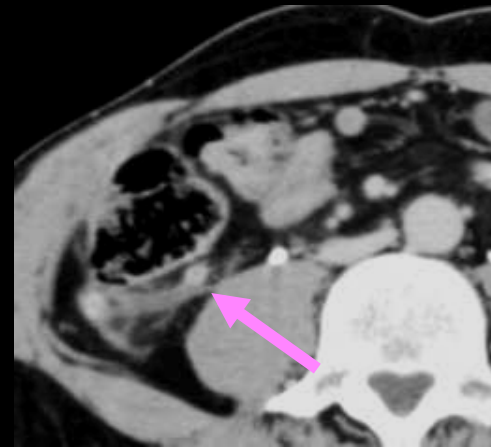
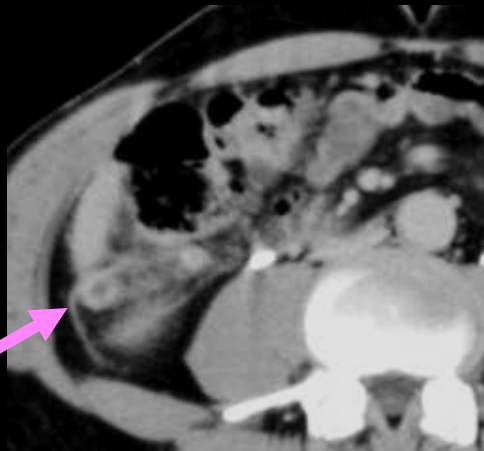
appendicite rétro caecale sur coprolithe



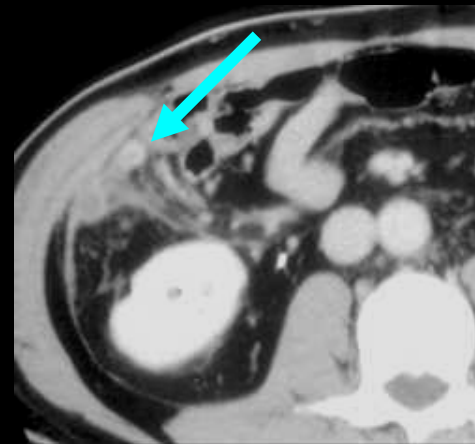
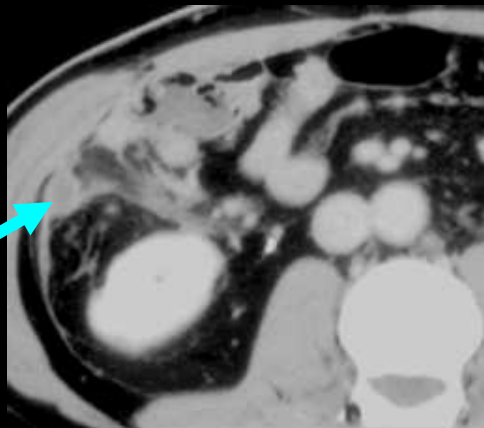
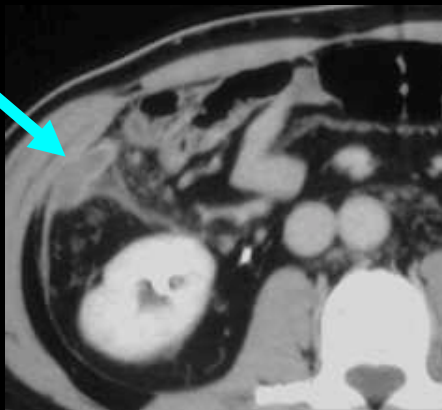
appendicite **rétro-caecale** , sous hépatique



diagnostic précis de ces 2 types d'appendicite aiguë

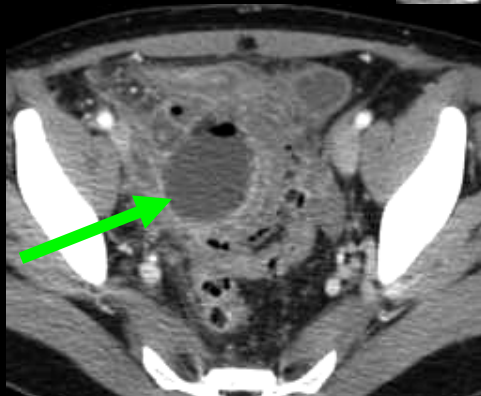
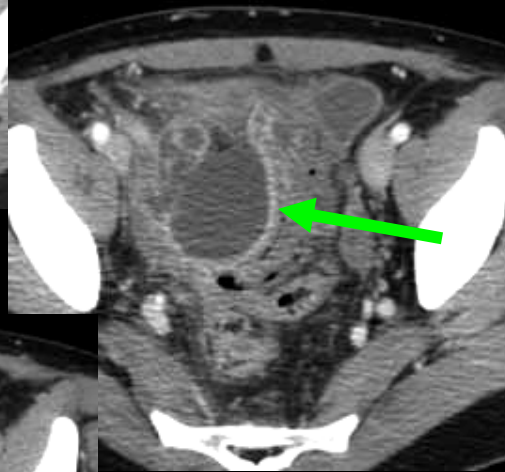
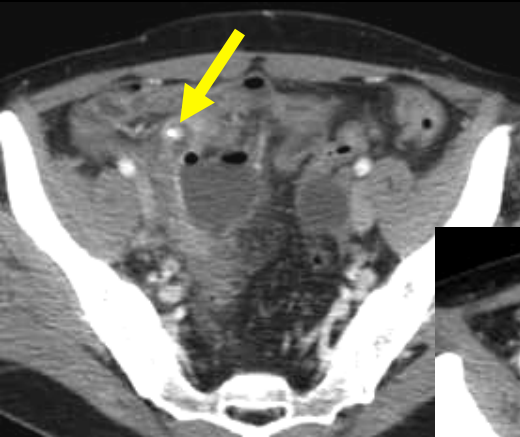


appendicite sous-hépatique **rétrocolique** ; DD: pyélonéphrite aiguë droite

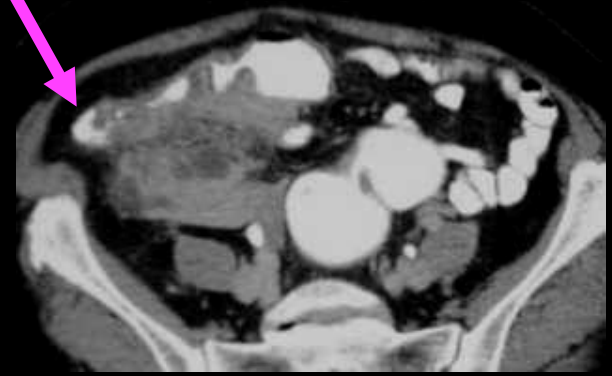


appendicite sous-hépatique **pré-colique** ; DD : cholécystite aiguë

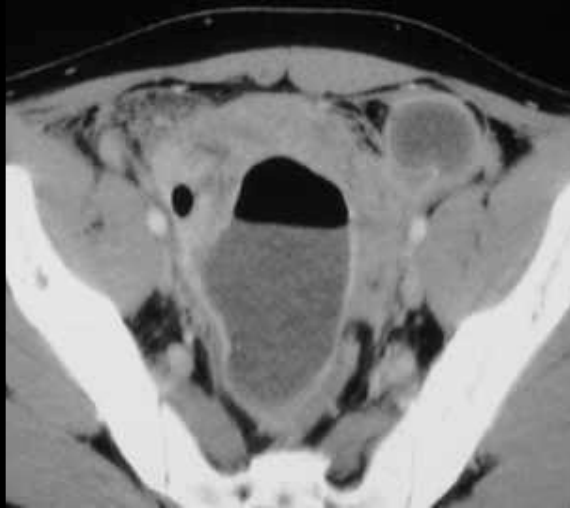
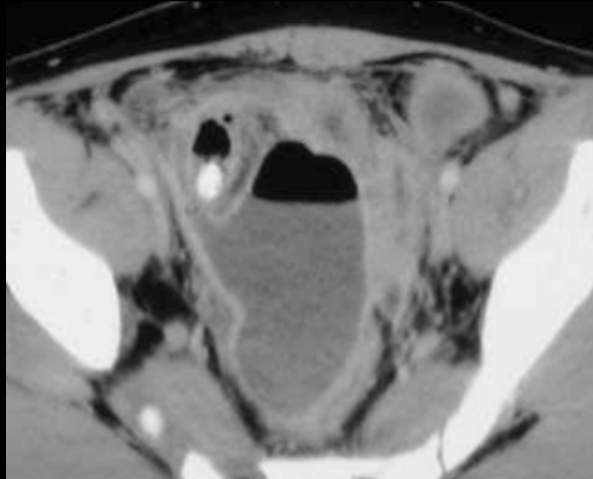
le type de complication rencontré en cas de retard diagnostique dépend de la **situation anatomique de l'appendice inflammatoire** (en particulier de son extrémité distale) ; quelles sont les appendicites aiguës le plus souvent à l'origine d'abcès en cas de diagnostic tardif



abcès appendiculaire pelvien

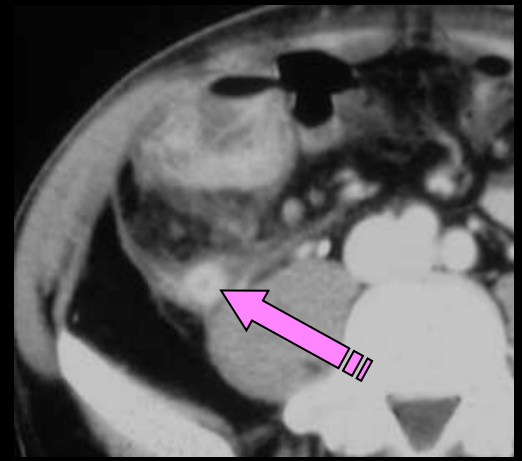
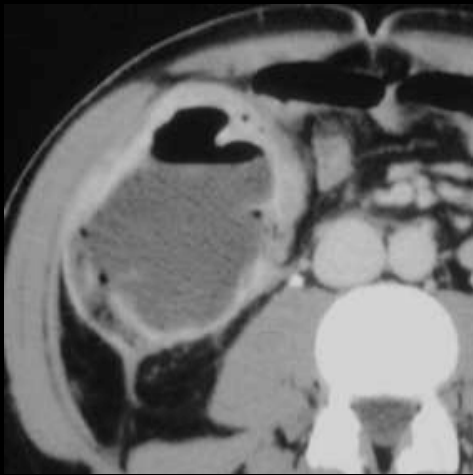


abcès appendiculaire rétro-caecal
intérêt du balisage digestif

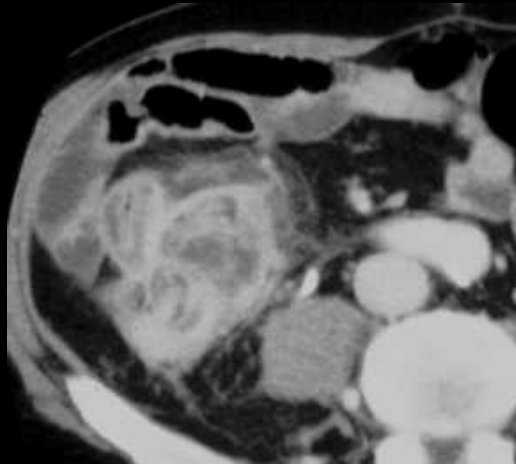


étudiant en médecine ,
traité par téléphone
par son père , médecin,
depuis 5 jours pour
"gastro-entérite"

abcès sur appendicite
pelvienne ; coprolithe
appendiculaire proximal



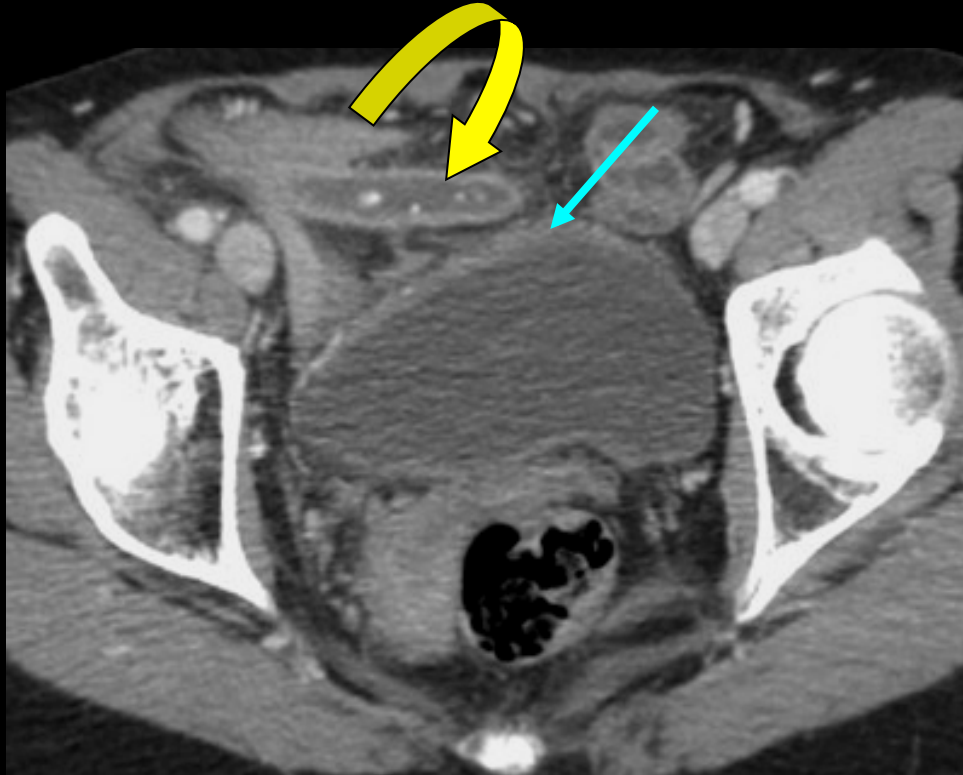
inflammation trans séreuse de la paroi caecale = "typhlite" réactionnelle
associée à un abcès appendiculaire; appendice rétro-caecal



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

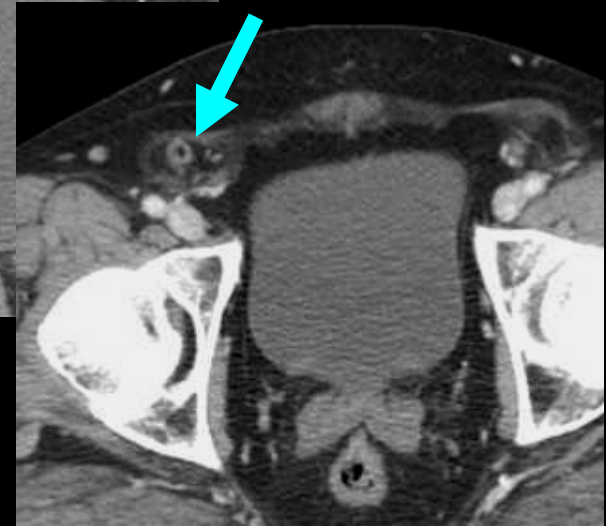
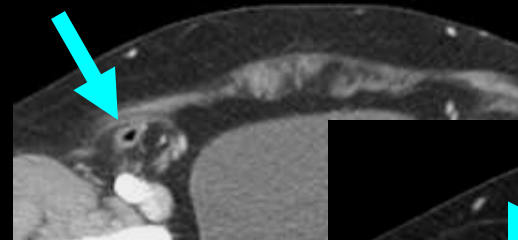
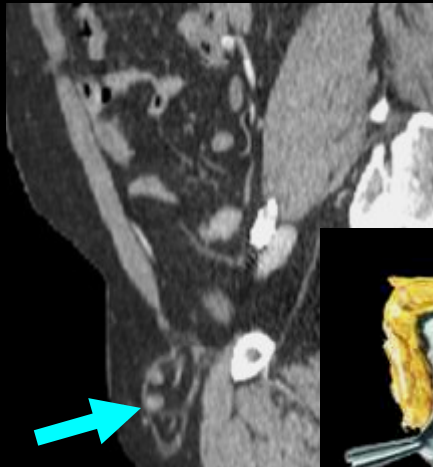
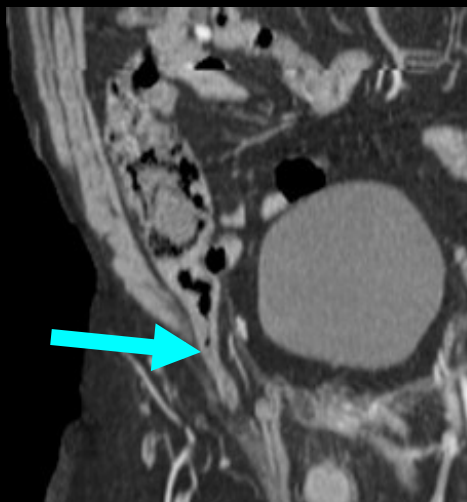
2



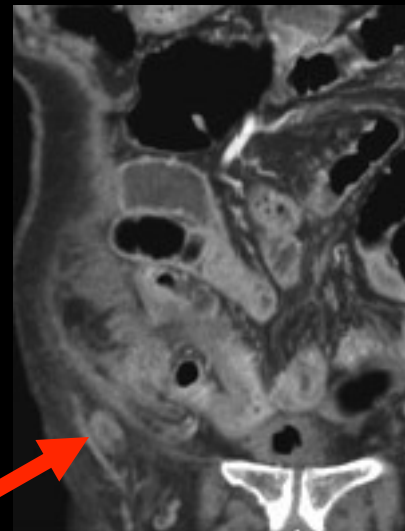
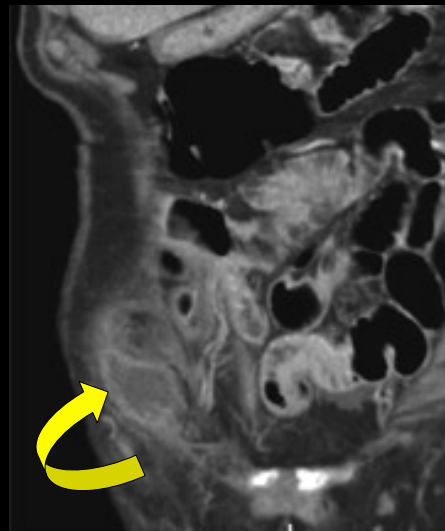
appendicite sur **appendice long** ; multiples coprolithes ;épaississement de la paroi vésicale en regard de l'extrémité de l'appendice ; "flirt" appendiculo vésical



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



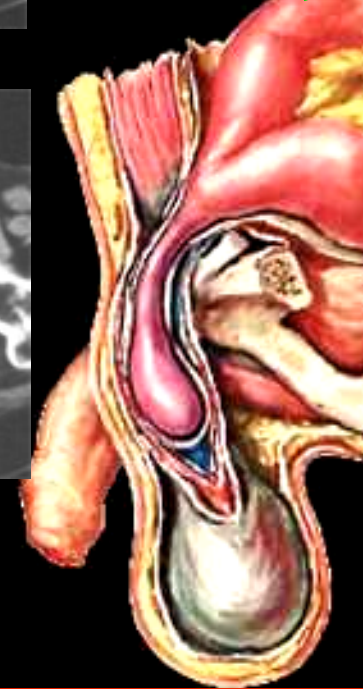
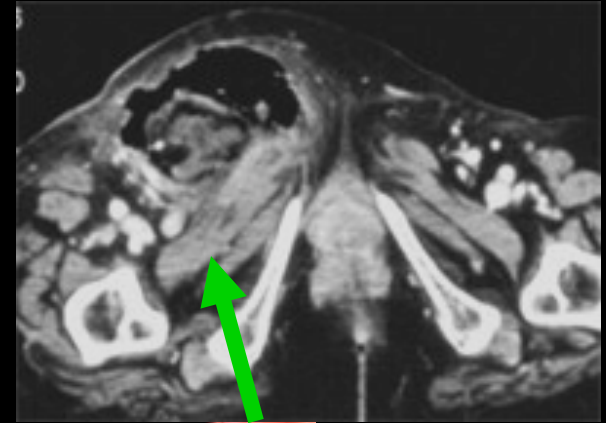
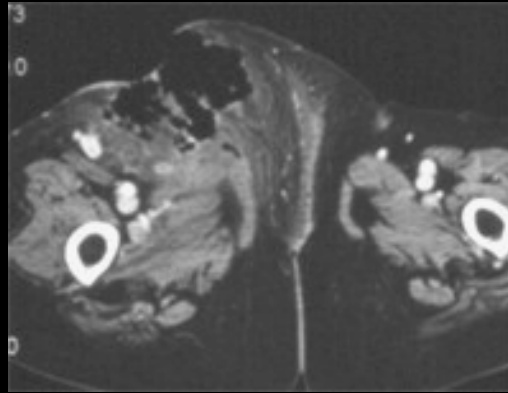
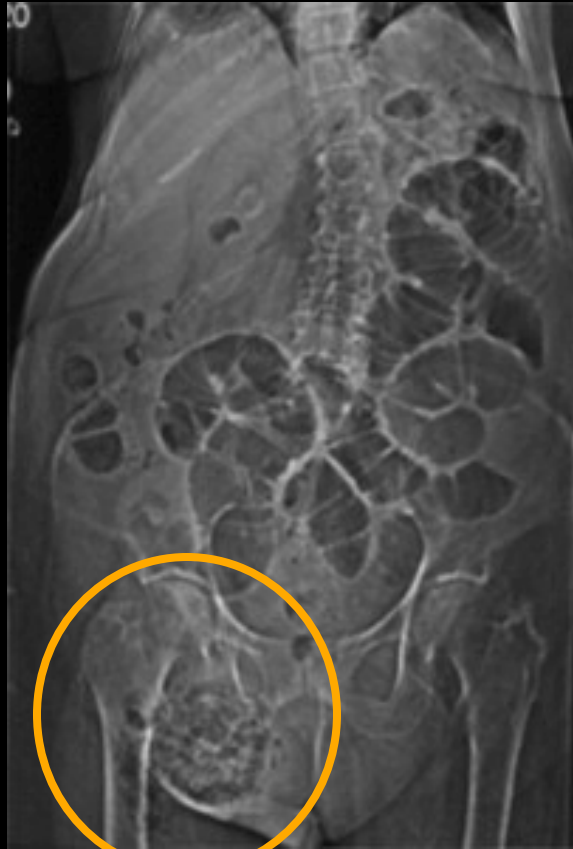
René-Jacques CROISSANT de GARENGEOT

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 Garengoet puisque le contenu n'est pas l'appendice

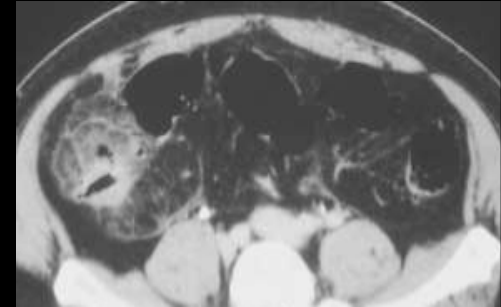
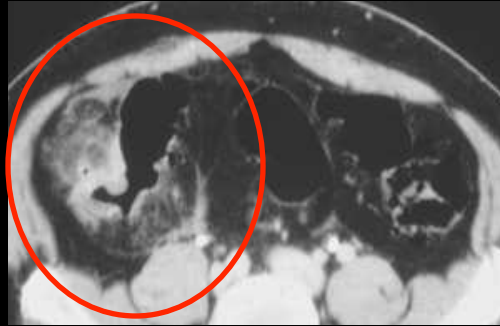


abcès sur diverticule de Meckel
dans une hernie fémorale (crurale)
hernie de Littre (Alexis)

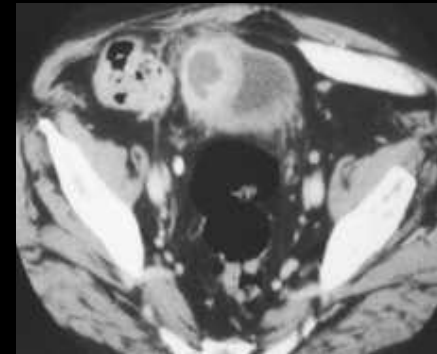
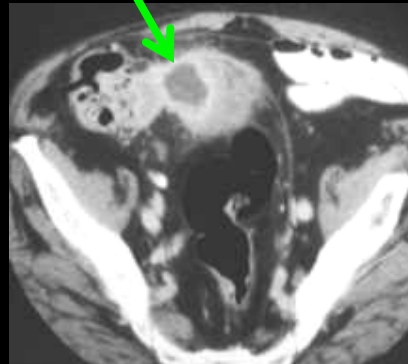
Professeur d
anatomie à Paris
1658-1726 .
. Membre de
l'Académie des
Sciences

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



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 ...

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

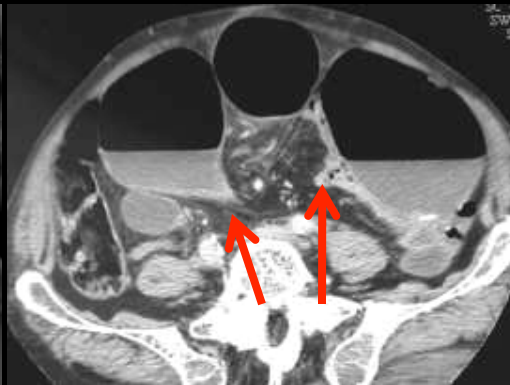
Le dolichosigmoïde vertical expose à certaines complications ; lesquelles



NB la boucle sigmoïdienne remonte au dessus du niveau du colon transverse (northern 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



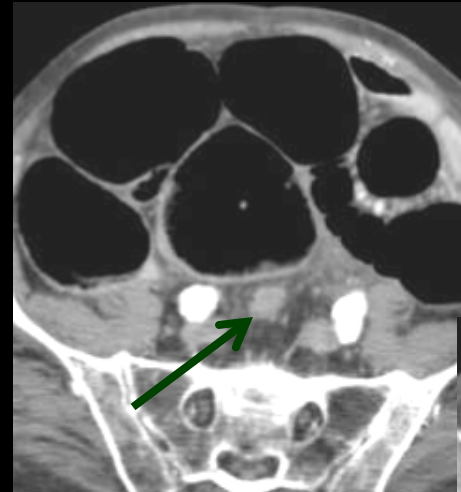


Le volvulus organo axial

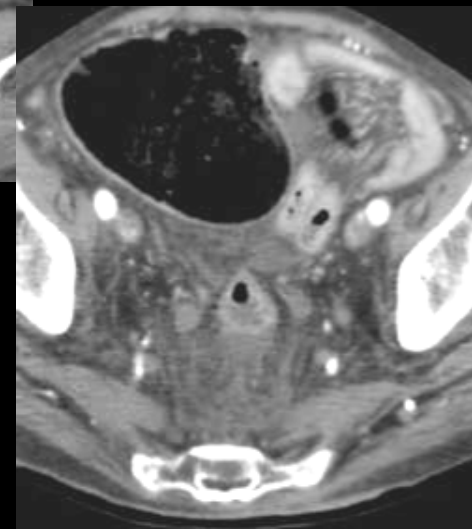
est une torsion axiale de la jambe distale du sigmoïde sans entrecroisement dans le pelvis , généralement chez des sujets âgés , avec paroi abdominale antérieure distendue ,



1 seul signe du bec

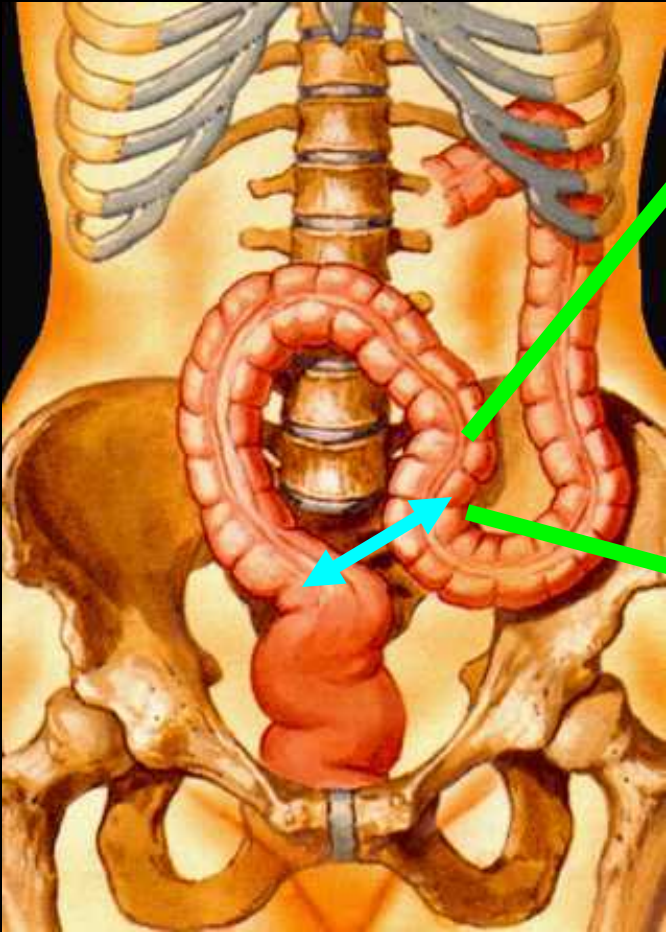


Un segment rétréci correspondant au segment volvulé , entouré par les vaisseaux

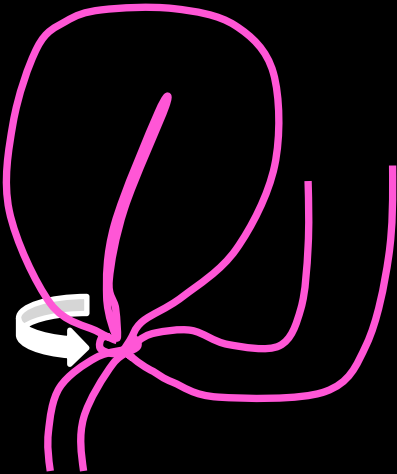


NB la boucle sigmoïdienne ne remonte pas au dessus du niveau du colon transverse (pas de northern exposure sign) dans les volvulus organo-axiaux

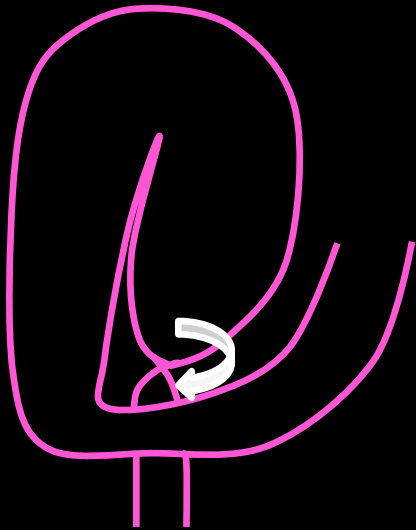
volvulus du sigmoïde organo-axial : mythe ou réalité ? hypothèses physiopathologiques

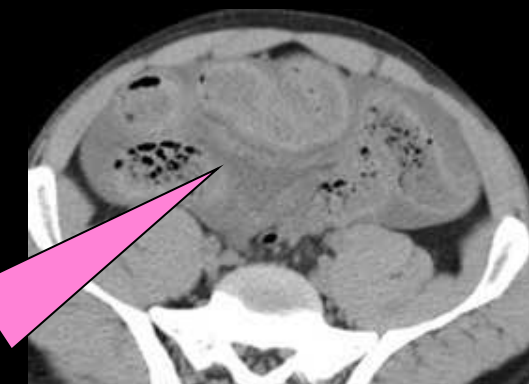
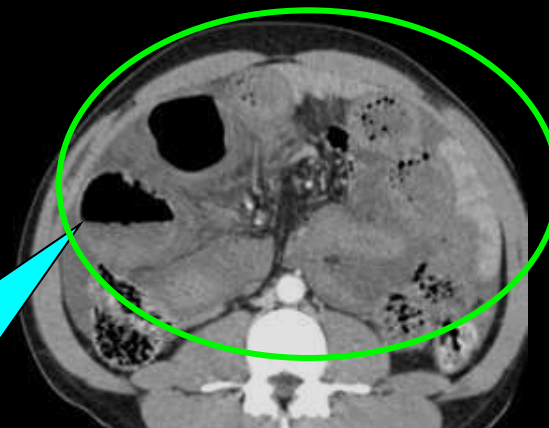
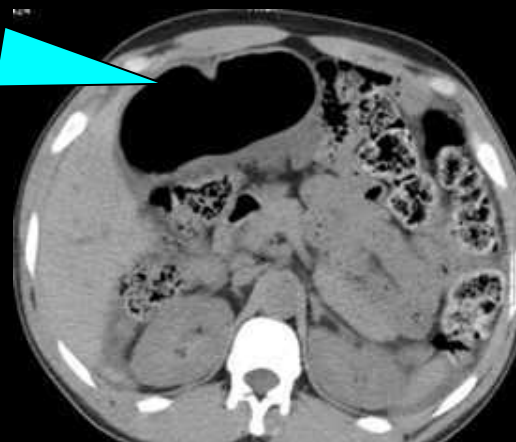


espace interjambages court :



espace interjambages long

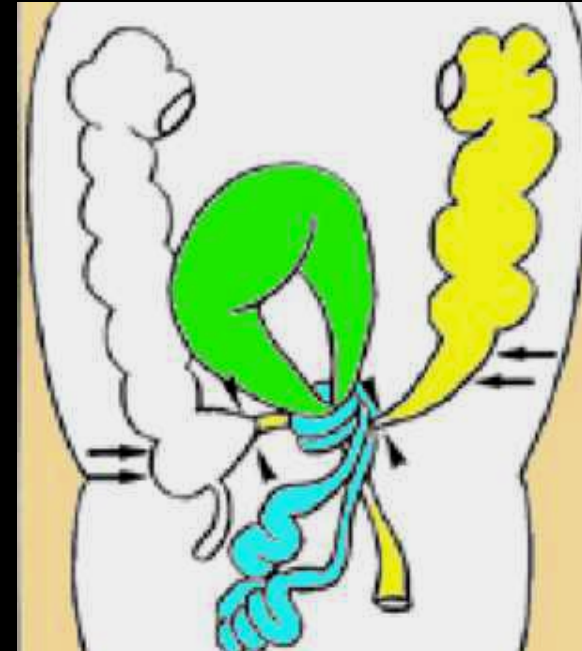
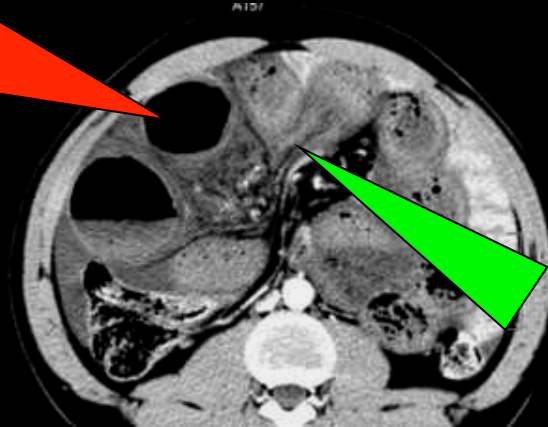




homme 34 ans ; africain

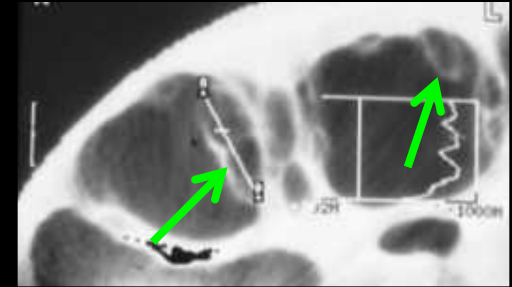


Obs. Marc Zins Hôpital St Joseph Paris



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



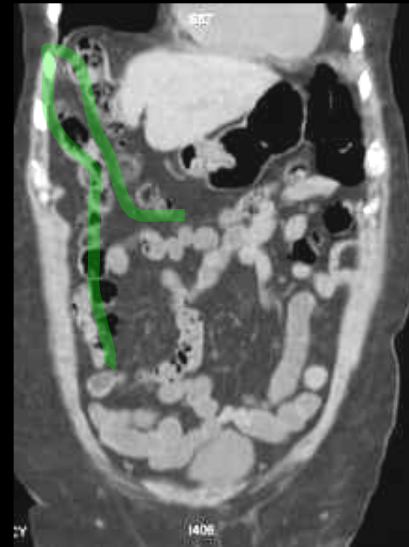
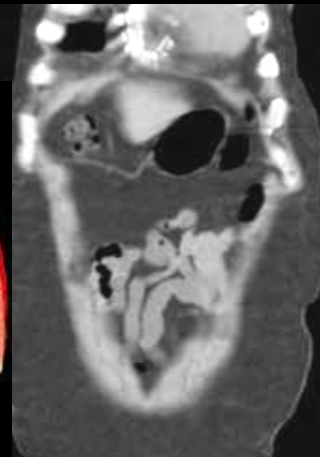
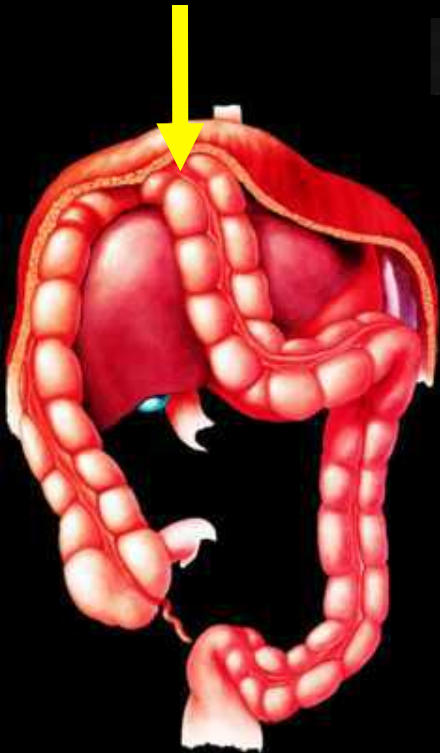
B



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

take home message

- les anomalies positionnelles des différents segments digestifs influent sur la présentation clinique , le type de complications et la présentation en imagerie +++
- le défaut d'accolement du caeco-ascendant , à l'origine du caecum mobile est l'anomalie la plus fréquente qui explique les appendicites mésocoeliaques , les volvulus du caecum de type loop , les hernies du foramen omental à contenu iléocolique , les hernies para et rétro-caecales
- les dolichosigmoïdes horizontaux expliquent les sigmoïdites diverticulaires de la FID ; les dolichosigmoïdes verticaux sont à l'origine des volvulus mésentérico-axiaux du sigmoïde
- les interpositions inter hépato-diaphragmatique de l'angle colique droit (sd de Chilaïditi) expliquent les faux croissants gazeux sous diaphragmatiques droits sur les clichés d'ASP en station verticale avec rayon directeur horizontal.