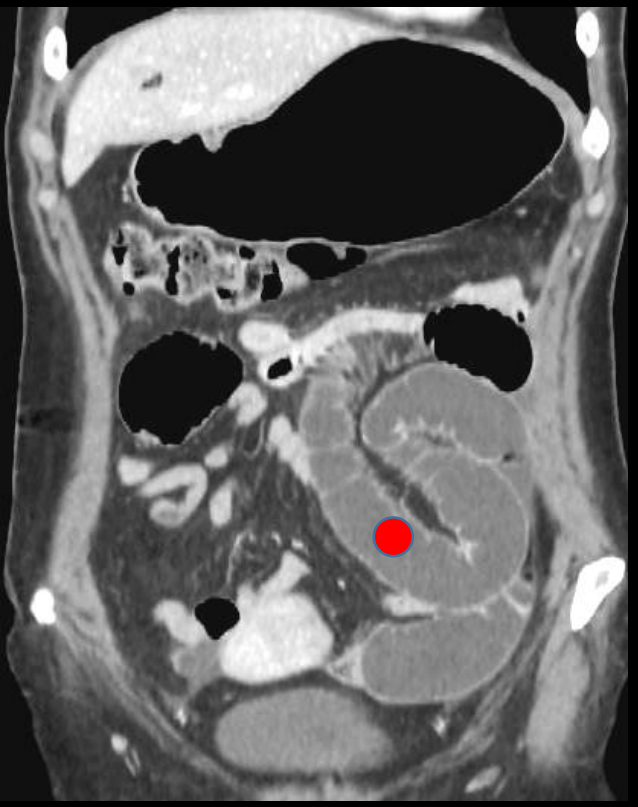
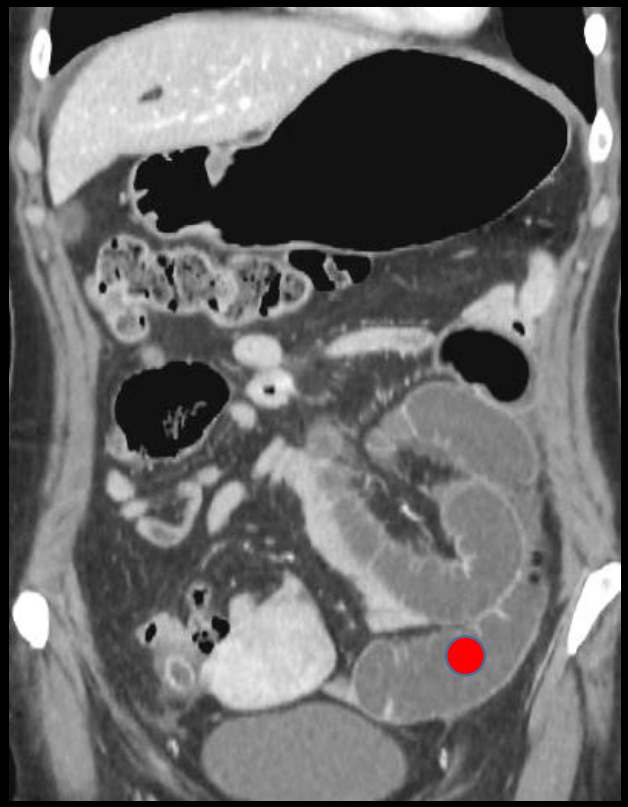
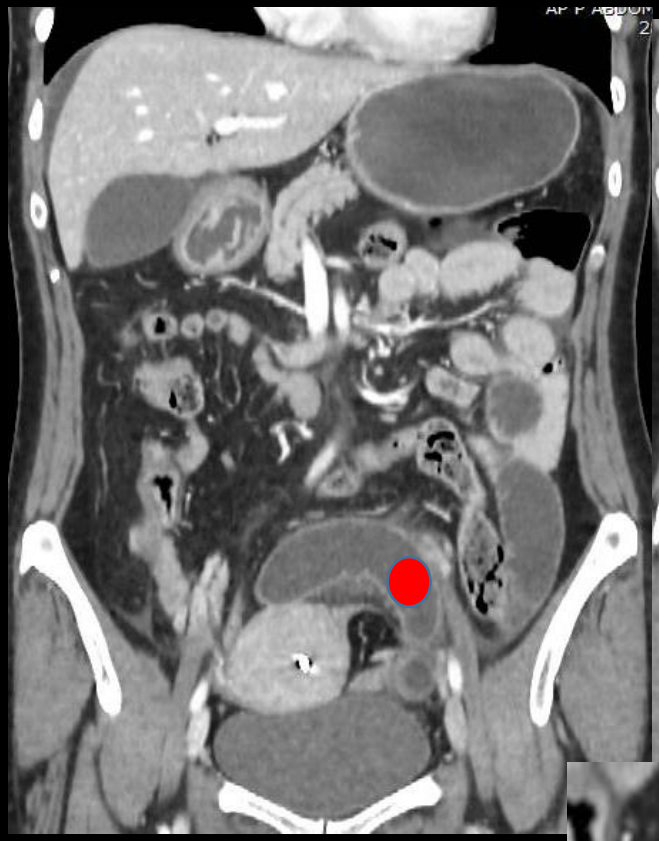
syndrome douloureux abdominal hypogastrique et de la fosse iliaque gauche à début brutal chez une patiente âgée de 47 ans, multipare, porteuse d'un DIU
Pas de syndrome infectieux. Quels items sémiologiques peut-on retenir de la scout view scanographique

Omar Bakour ACS

des anses grêles jéjunales dilatées (valvules conniventes) avec niveau hydro-gazeux sur le profil sont des éléments en faveur d'une occlusion du grêle puisqu'il n' y a pas de signe d'obstacle colique associé (pas de stase stercorale ni d'image hydro-gazeuse de type colique)

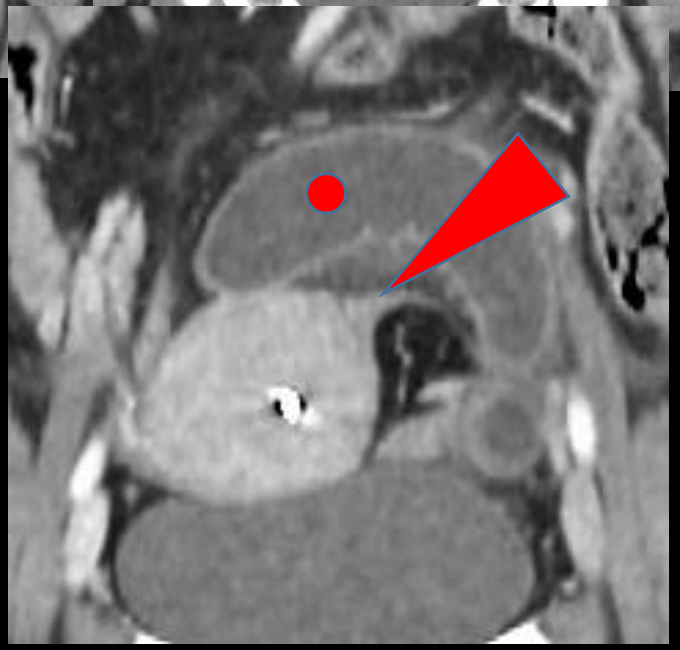



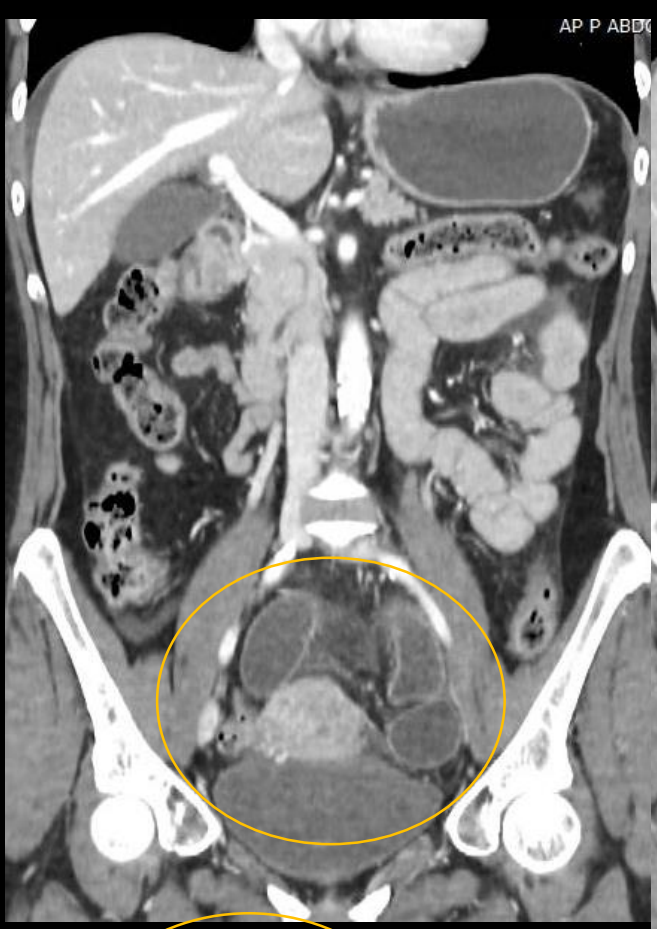
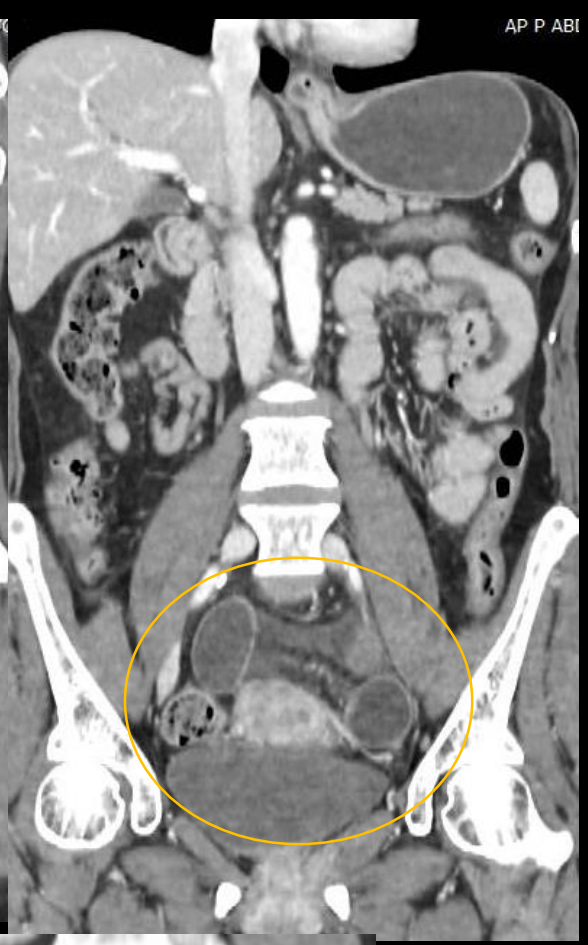
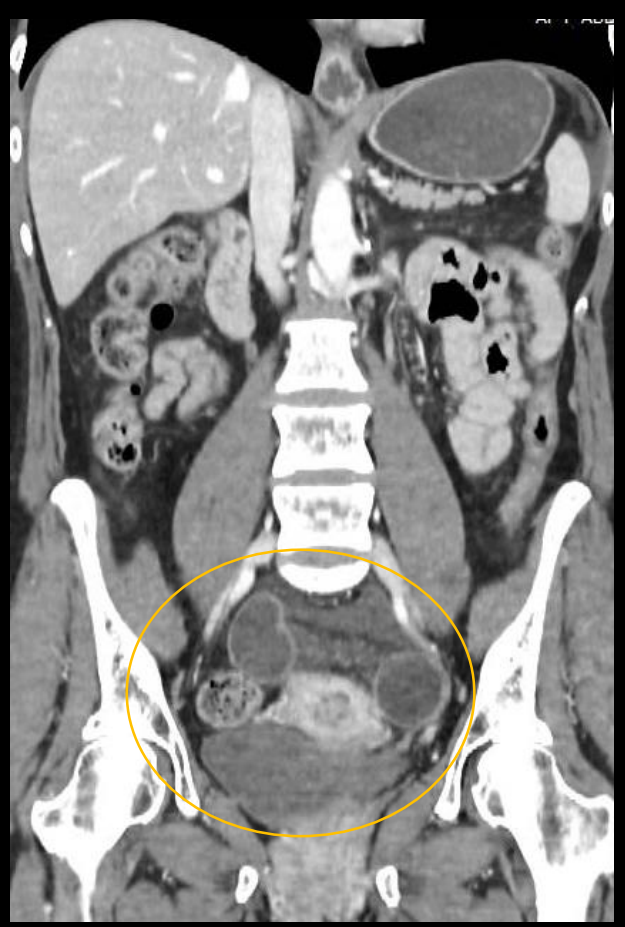
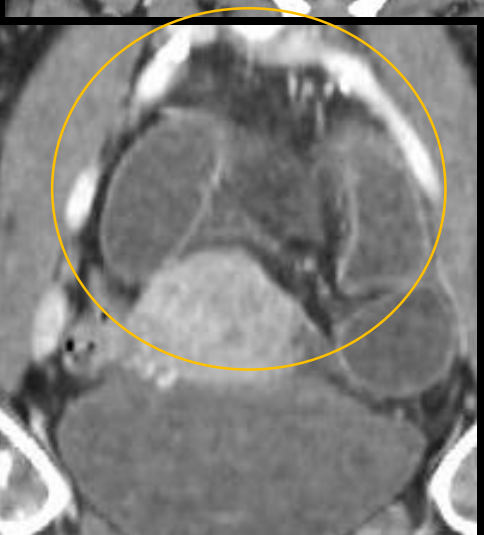
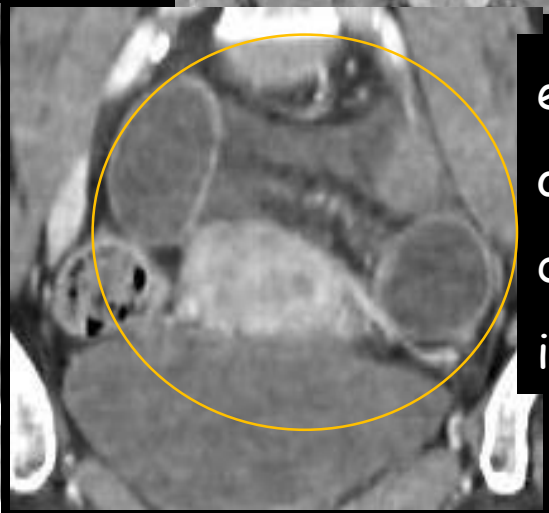
les reformations coronales objectivent la dilatation d'un assez long segment jéjunal distal avec œdème des plis mésentériques ; les parois sont amincies par la distension mécanique mais leur rehaussement est correct. Ce segment jéjunal (●) correspond à la distension du grêle en amont de l'obstacle Les anses jéjunales hautes ne sont pas distendues, tout comme les anses iléales. Il s'agit donc d'une occlusion à ventre plat



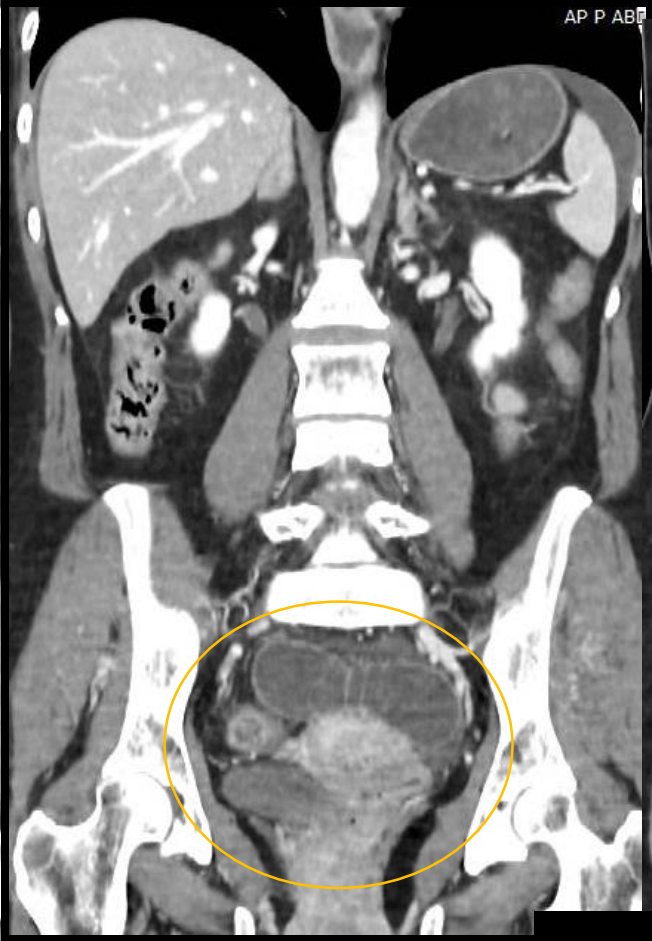
en suivant le segment jéjunal distendu on arrive au contact de l'annexe gauche qui est soulevée par la traction du mésentère des anses incarcérées dans l'orifice herniaire du ligament large gauche ;

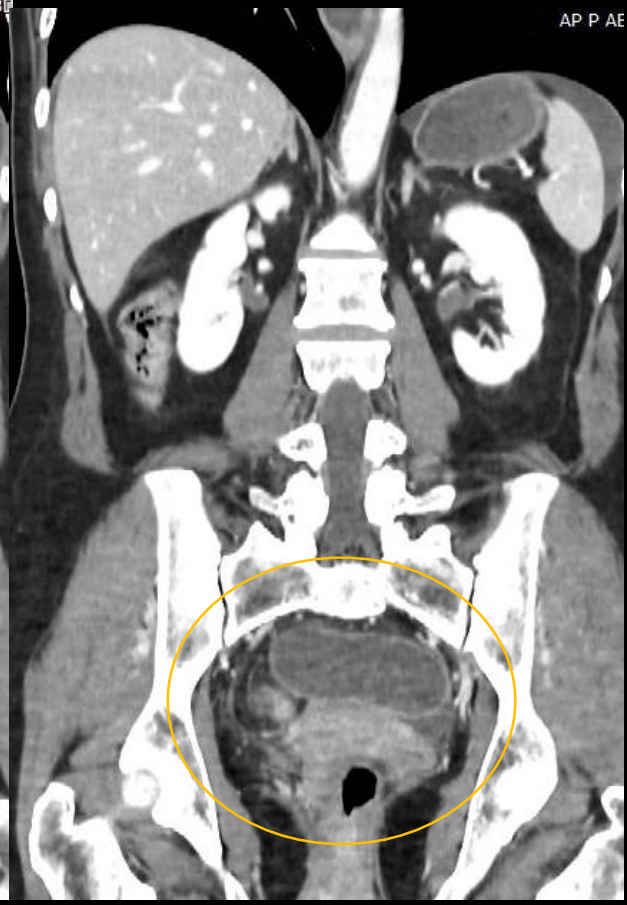
Il s'agit donc d'une **hernie du ligament large gauche**



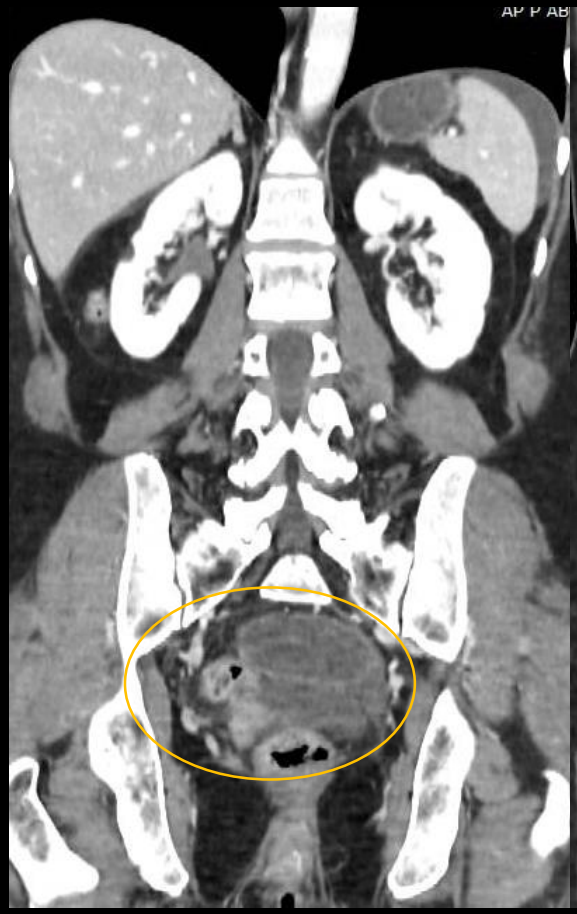






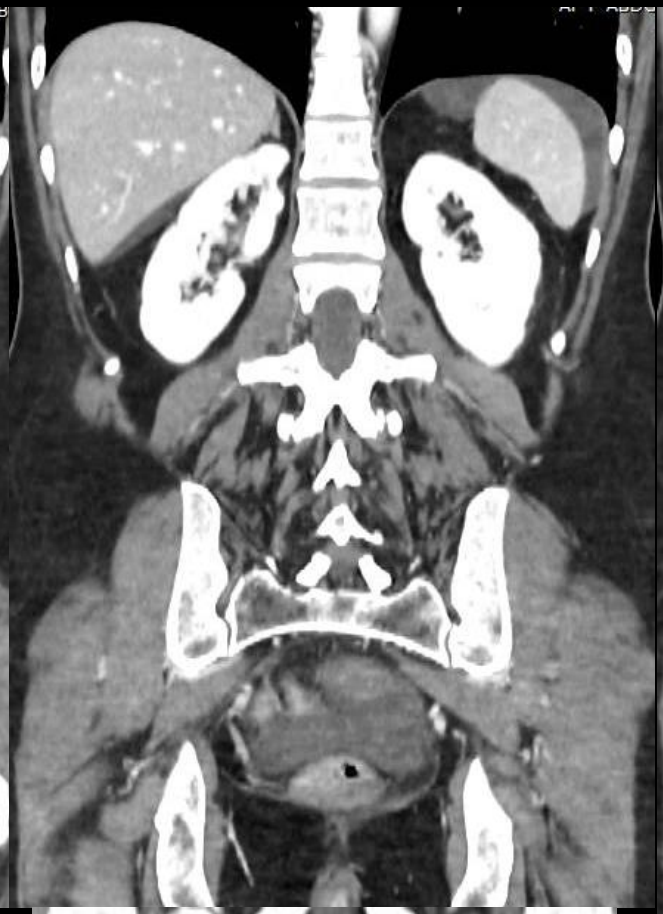
en arrière, dans l'excavation pelvienne, on trouve les anses intra-herniaires dont le mésentère est nettement infiltré

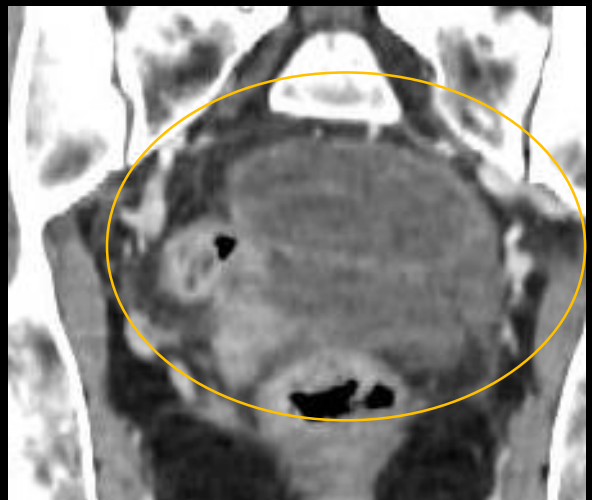


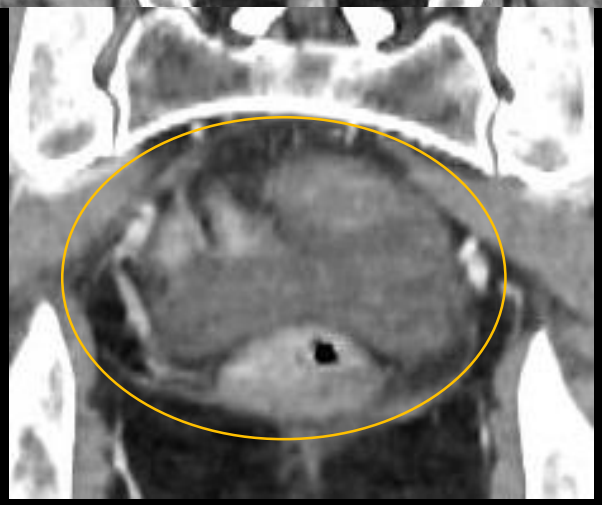


le rehaussement pariétal des anses intra-herniaires est dégradé suggérant, avec l'infiltration dense du mésentère, une composante artérielle à l'ischémie

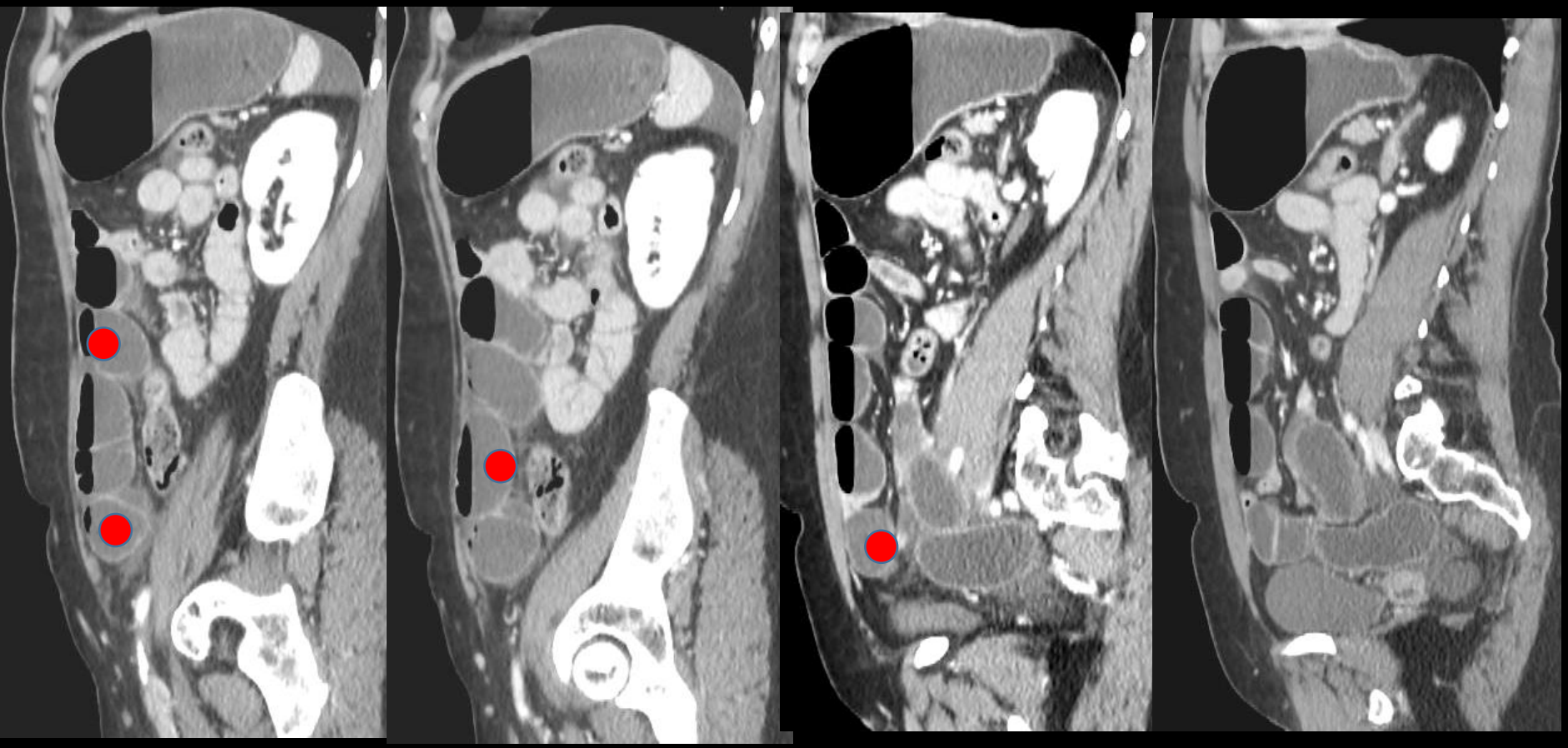




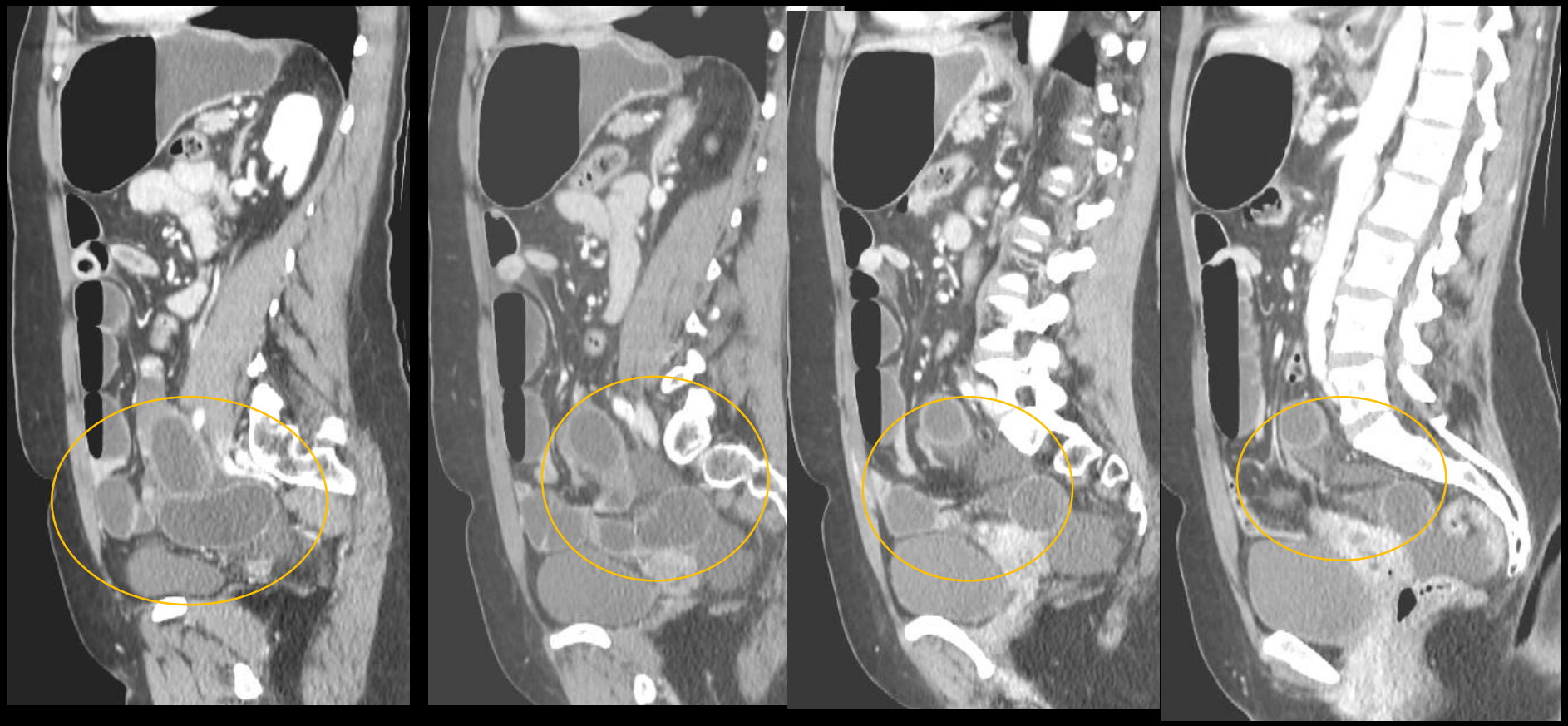




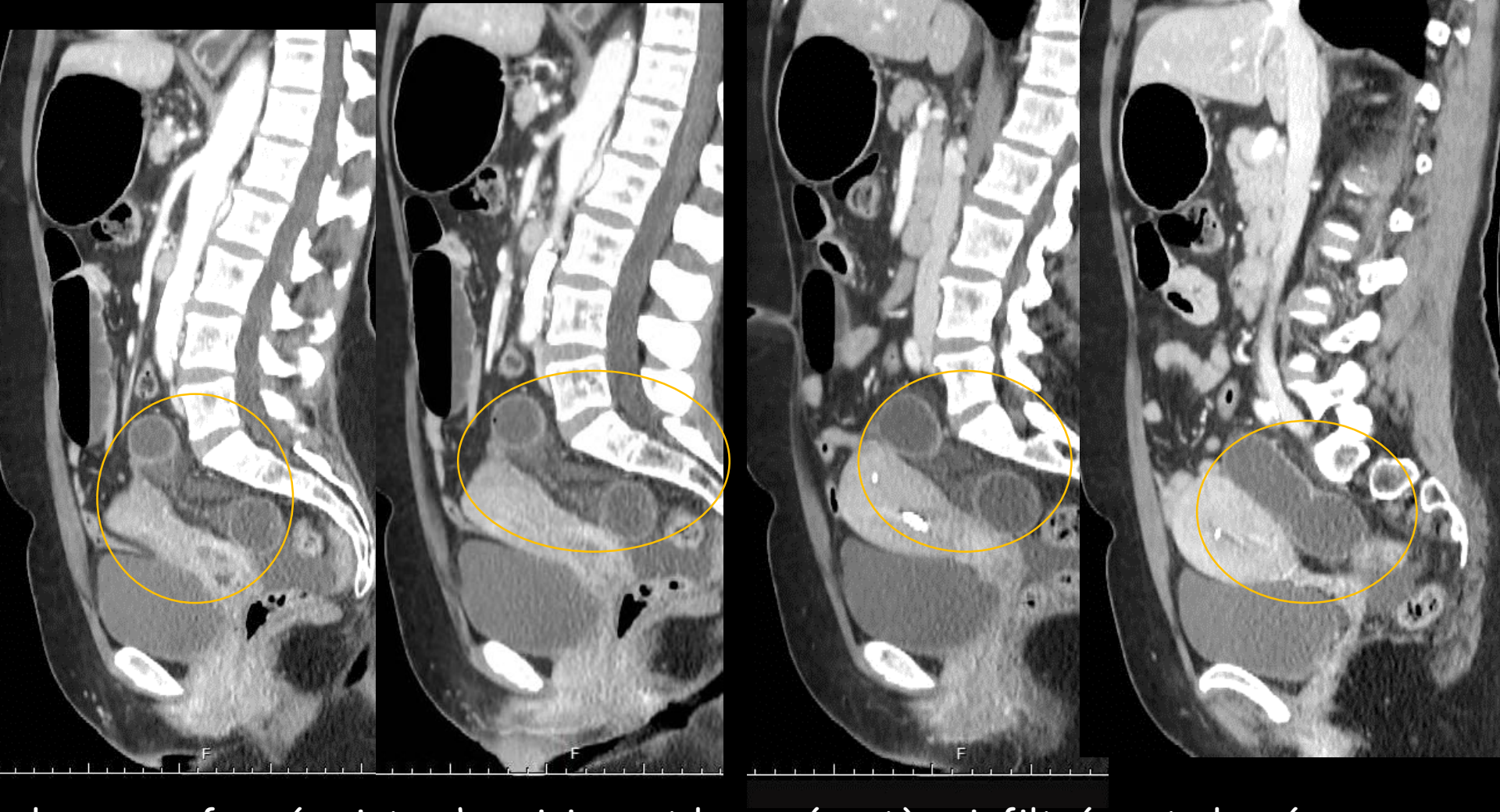
anses intra-herniaires incarcérées , situées au niveau du cul de sac de Douglas avec signes patents d'ischémie artérielle



sur les reformations sagittales gauches, le segment jéjunal distendu d'amont est en situation antérieure, juxta pariétale



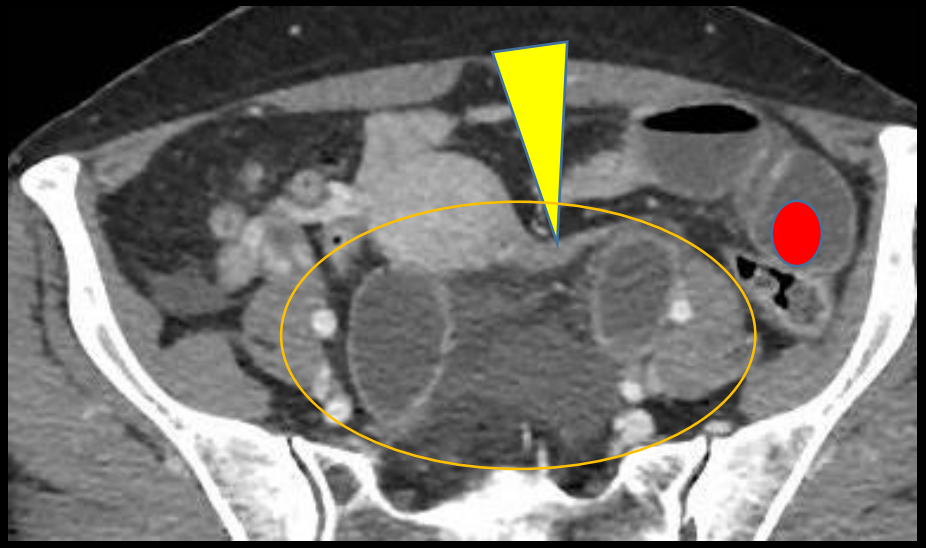
les anses fermées intra-herniaires et leur mésentère infiltré sont plaquées contre la charnière lombo-sacrée

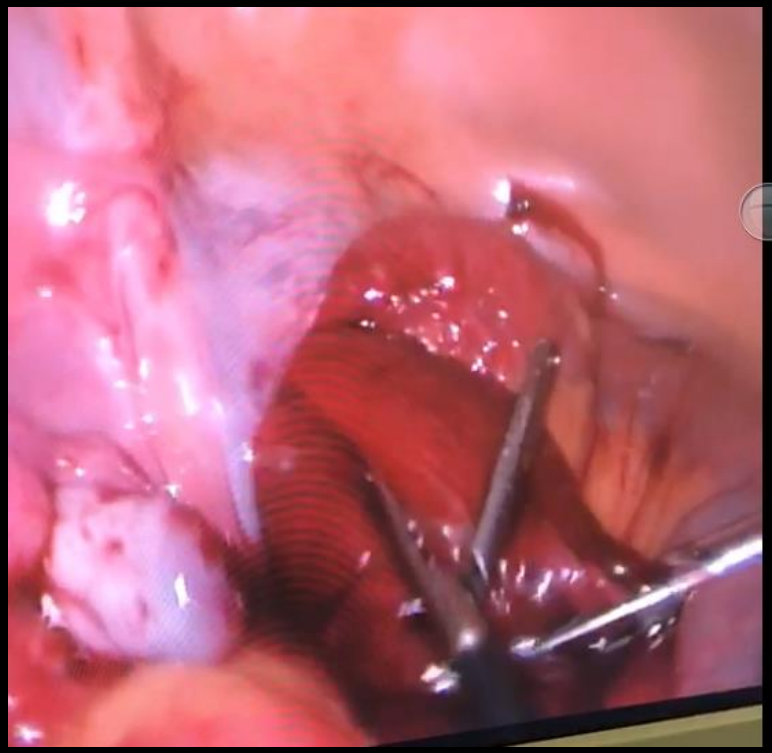


les anses fermées intra-herniaires et leur mésentère infiltré sont plaquées contre la charnière lombo-sacrée

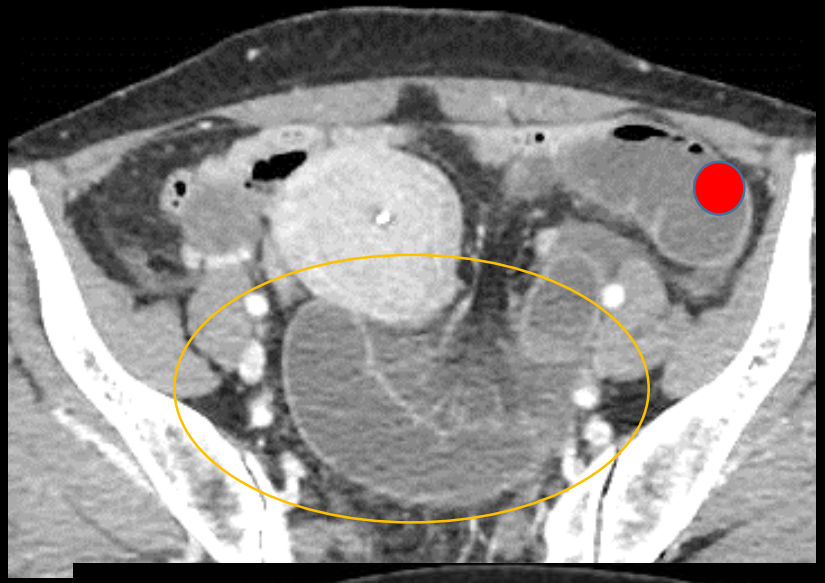
il existe un cardia mobile avec RGO spontané; une ascite de faible abondance

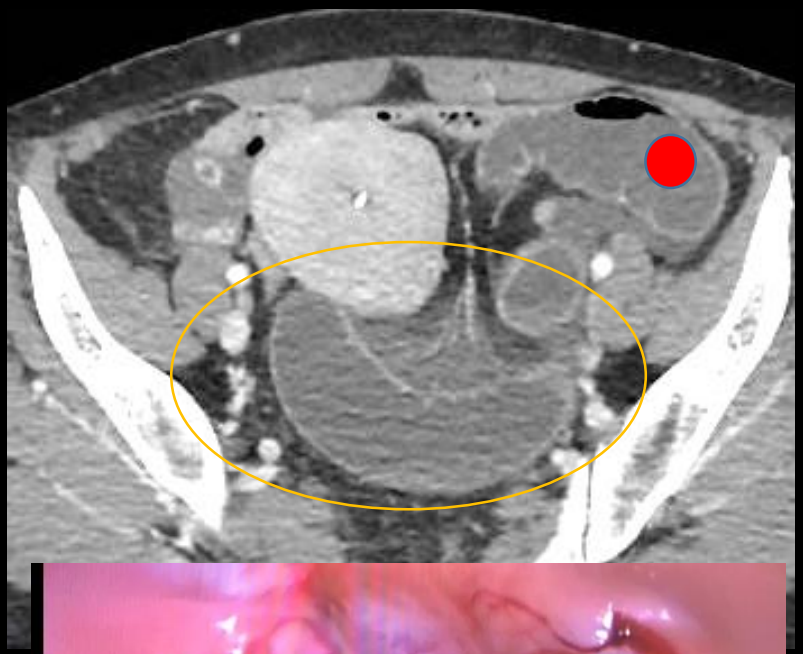
la moitié supérieure du jéjunum est plate, contrastant avec le reste du jéjunum en distension liquide . Présence d'une veine rénale gauche rétro-aortique

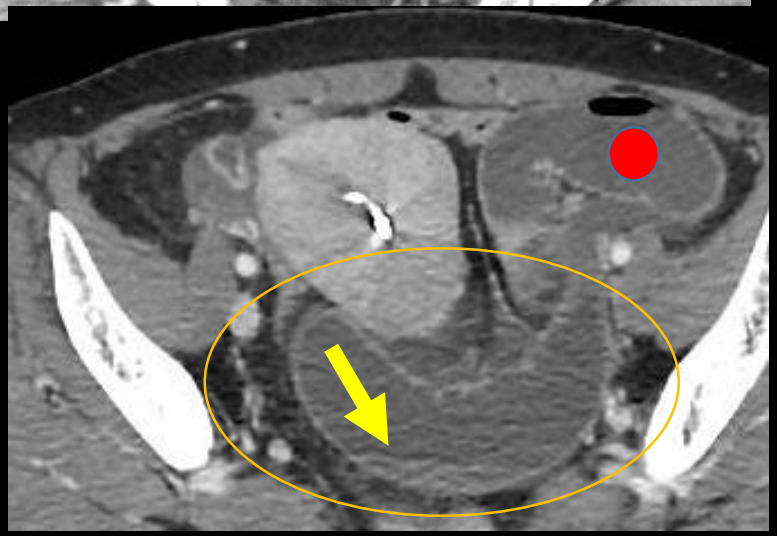




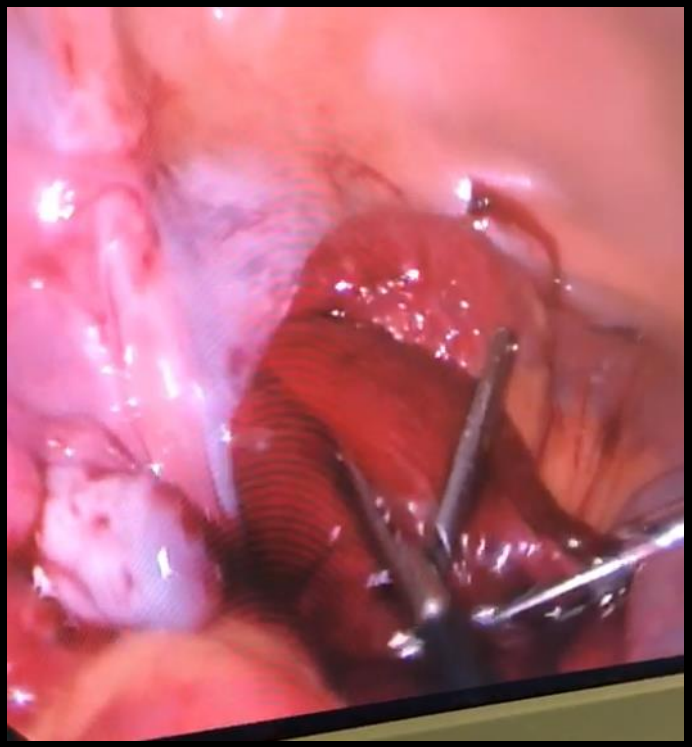
la trompe de Fallope gauche est bien l'élément mécaniquement responsable du piégeage des structures intestino-mésentériques herniées

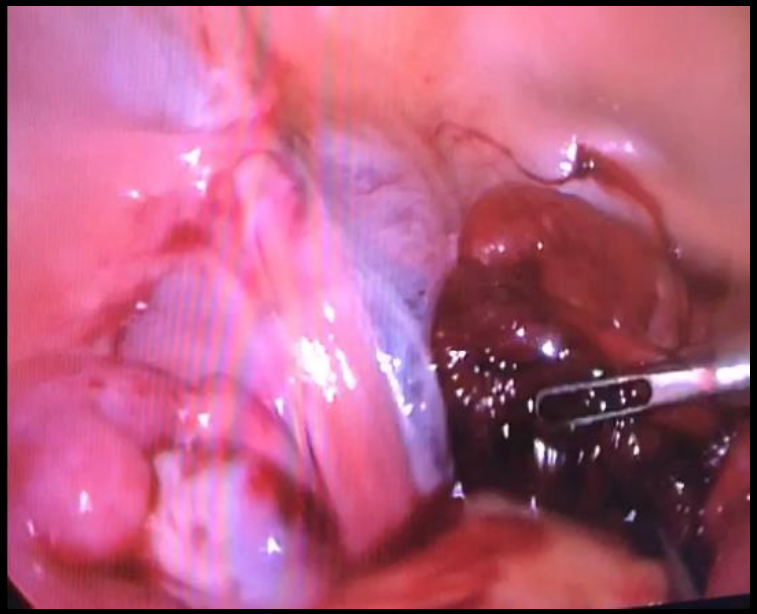






l'épaisseur et le rehaussement des parois des anses distendues ;l'allure de leur contenu (notez ici le sédiment hématique déclive) confrontées aux modifications de la densité de leur mésentère (normale vs œdème ou infiltration hématique) permettent de bien distinguer l'intestin d'amont par rapport aux anses herniées



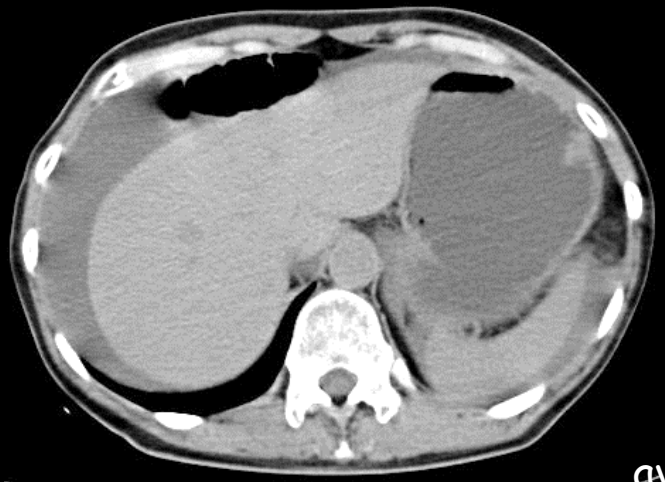


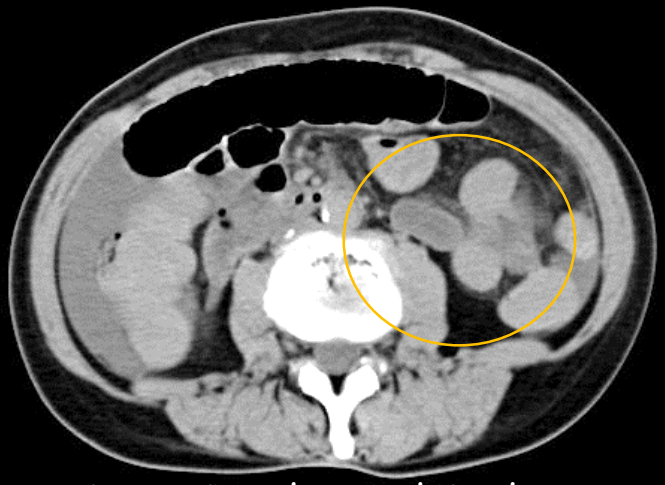
la réduction du contenu herniaire a permis une fermeture de la brêche annexielle et un retour à une perfusion satisfaisante sans résection intestinale

video Pr Manuela Perez Chef du Service
Chirurgie Générale et Urgences Hôpital Central
CHU Nancy

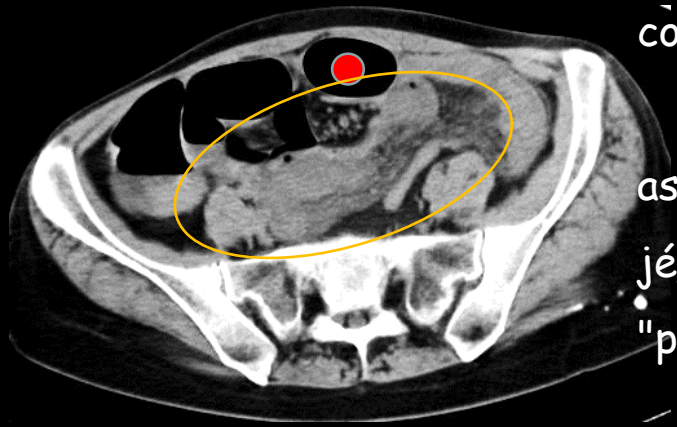
Cas compagnon n°1

femme,27 ans ,syndrome occlusif hyperalgique , d'apparition brutale



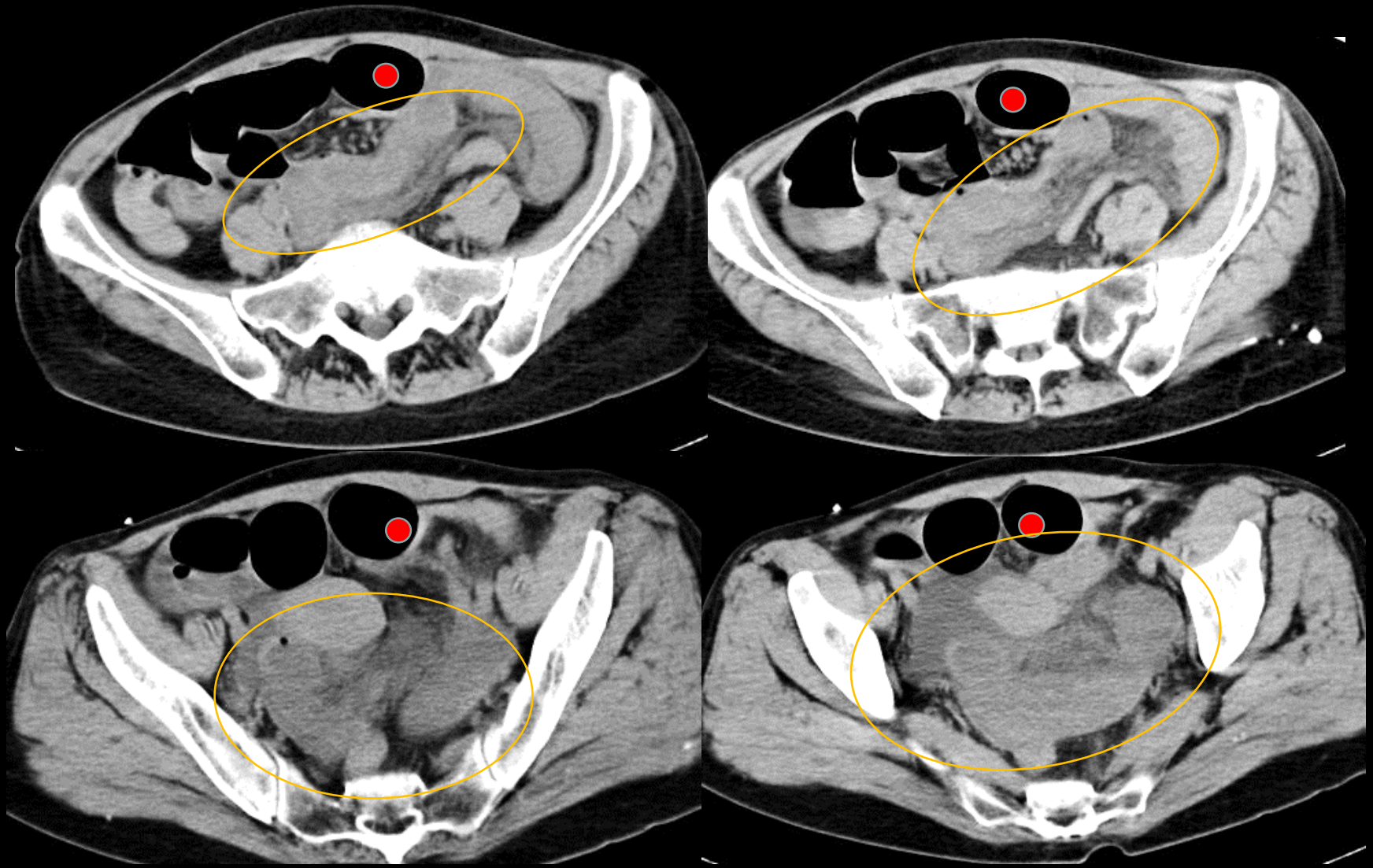


avant injection de produit de contraste



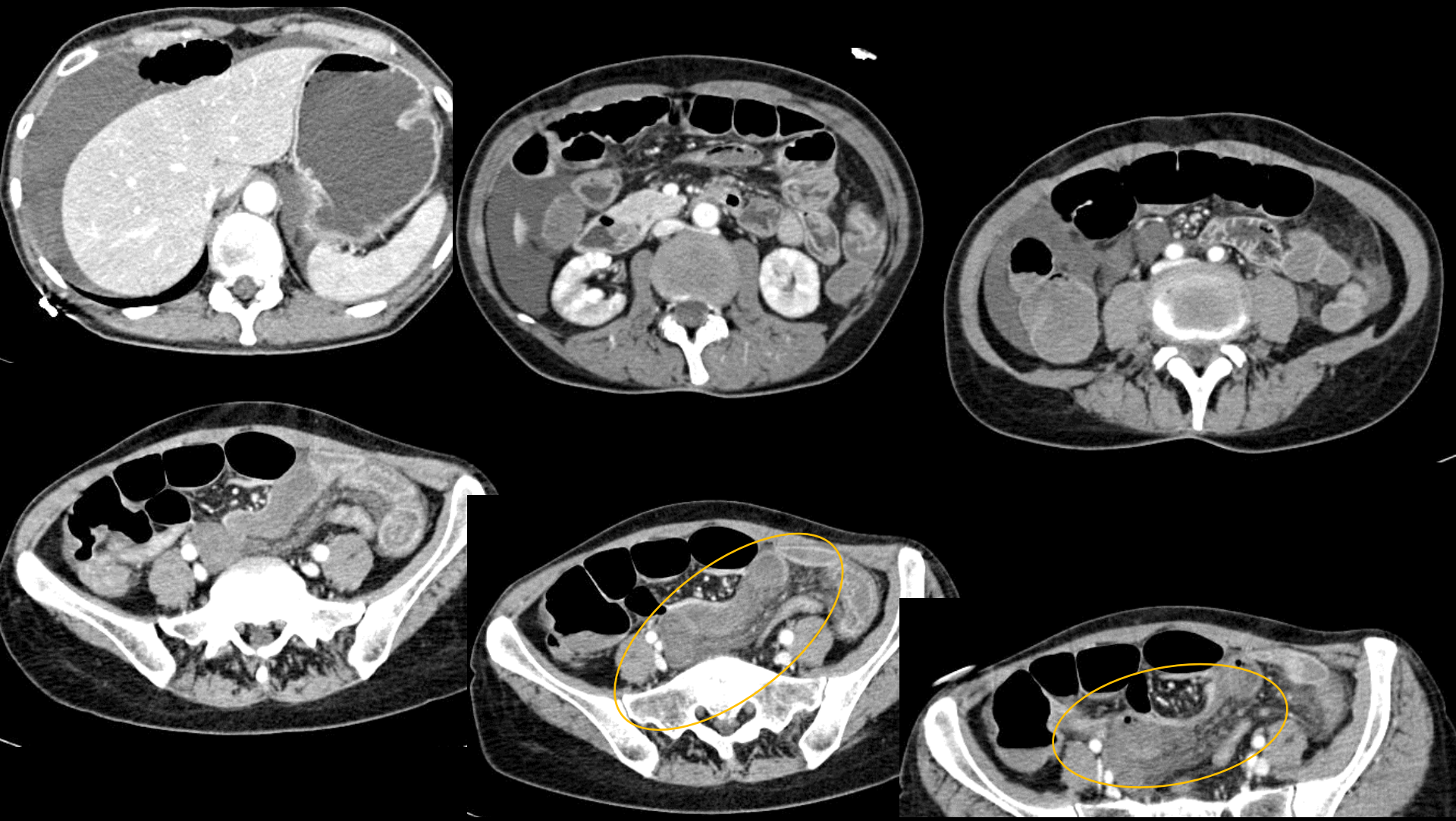
ascite abondante; premières anses jéjunales en distension gazeuse "plongeant" jusqu'au pelvis

infiltration oedèmateuse du mésentère d'anses de la fosse iliaque gauche

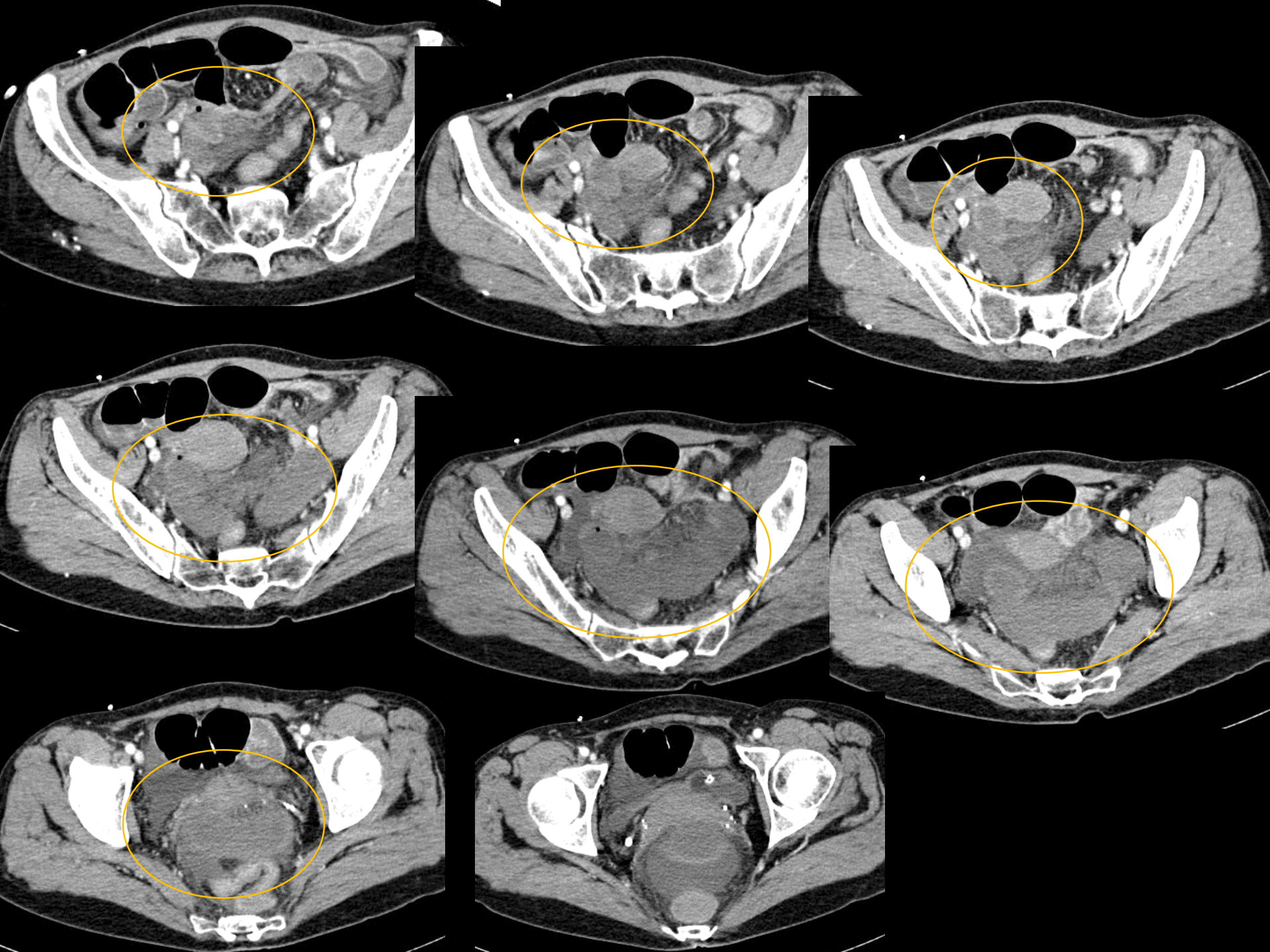


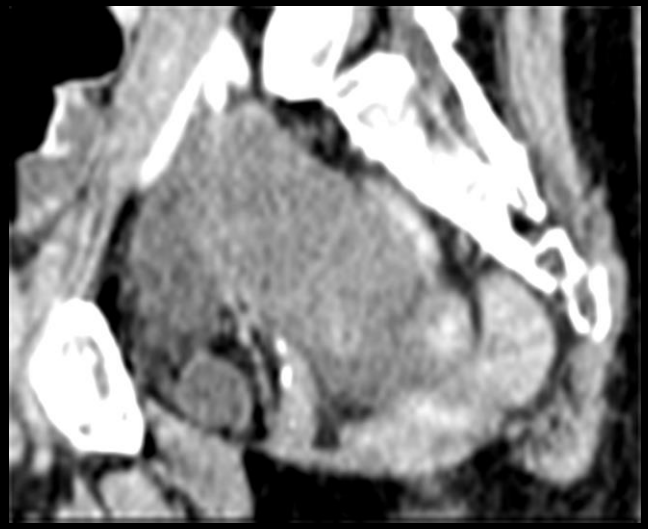
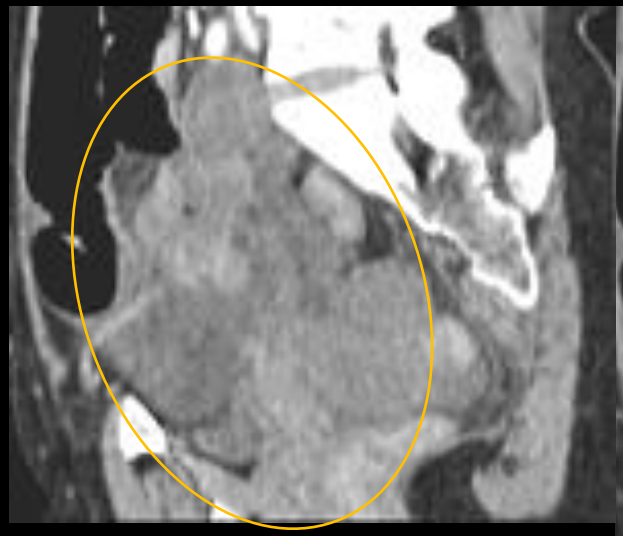
avant injection de produit de contraste

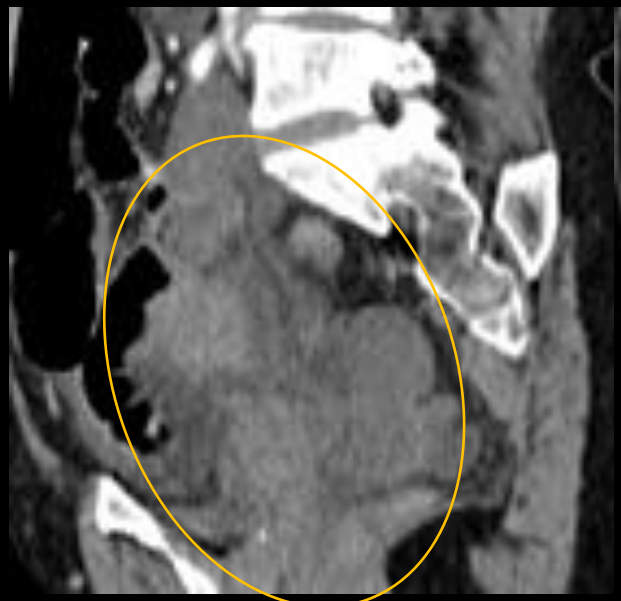
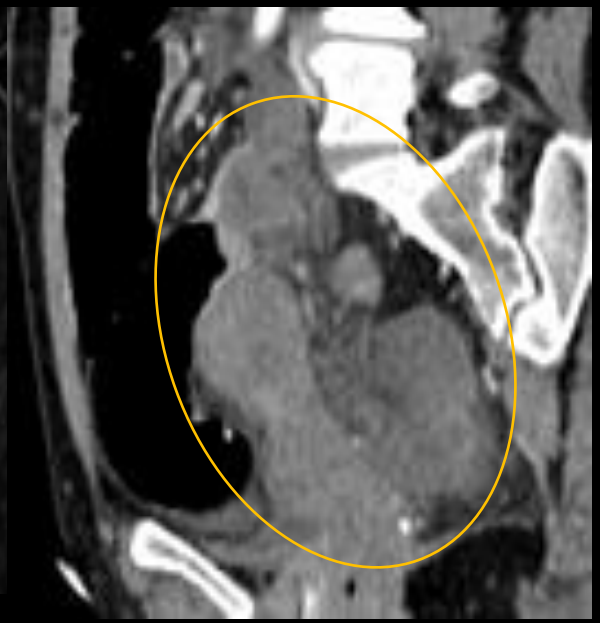
infiltration du mésentère des anses herniées dont le contenu est hyperdense avec sédimentation dans les zones déclives (hématocrite scanographique)



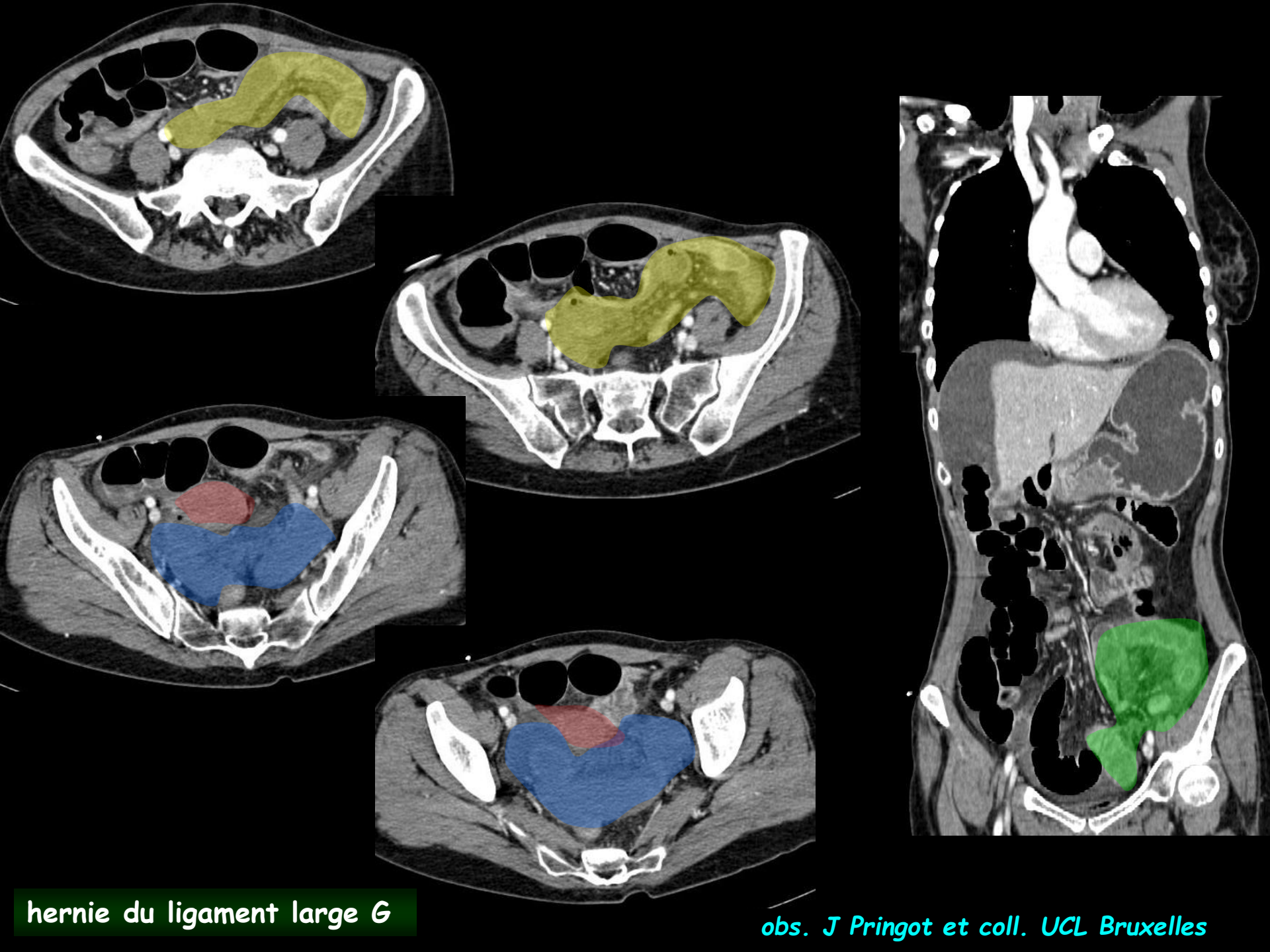
après injection de produit de contraste, le défaut de rehaussement des zones infiltrées est de plus en plus net à mesure que l'on descend du flanc vers la fosse iliaque gauches



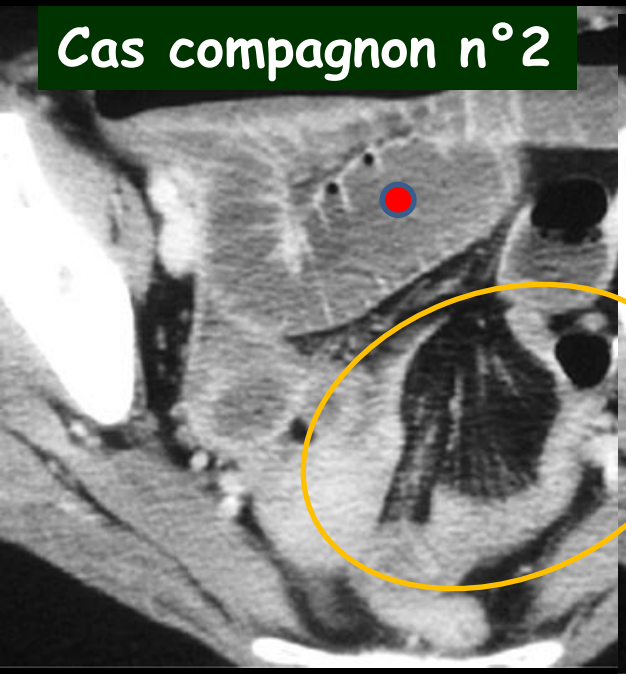
anses herniées ischémiées, prolabées en arrière , dans la concavité sacrée

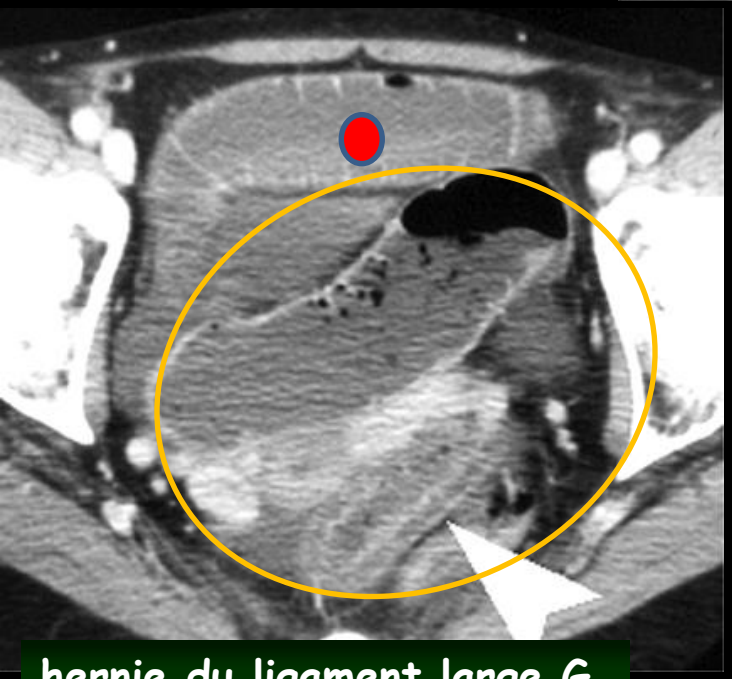


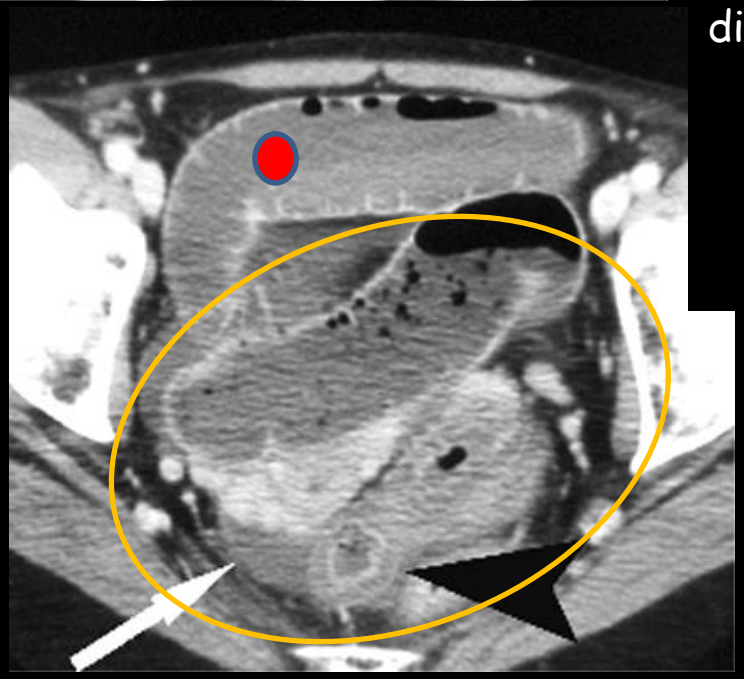
hernie du ligament large G

obs. J Pringot et coll. UCL Bruxelles

Cas compagnon n°2







bien distinguer :

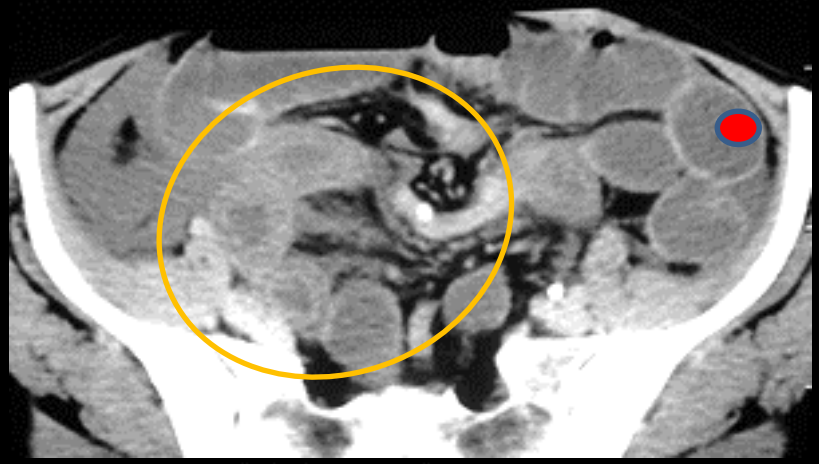
-les anses herniées ischémiées, prolabées en arrière , dans la concavité sacrée

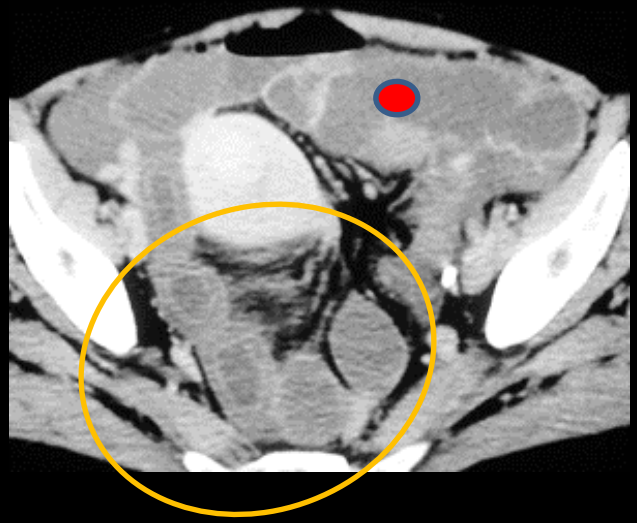
-les anses d'amont en distension mécanique

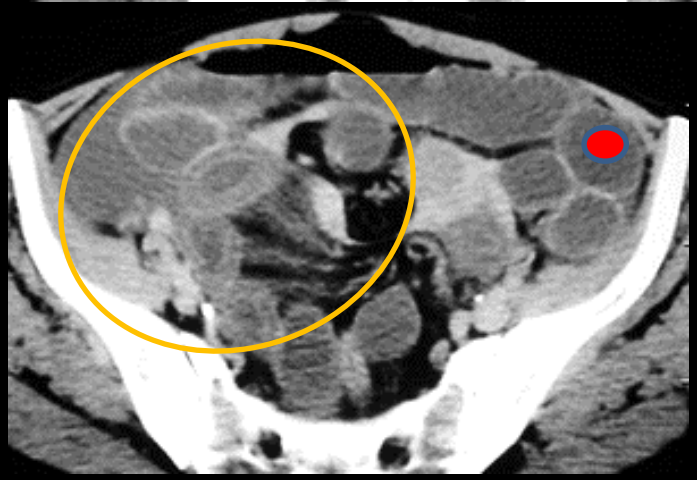
(●)

hernie du ligament large G

Cas compagnon n°3







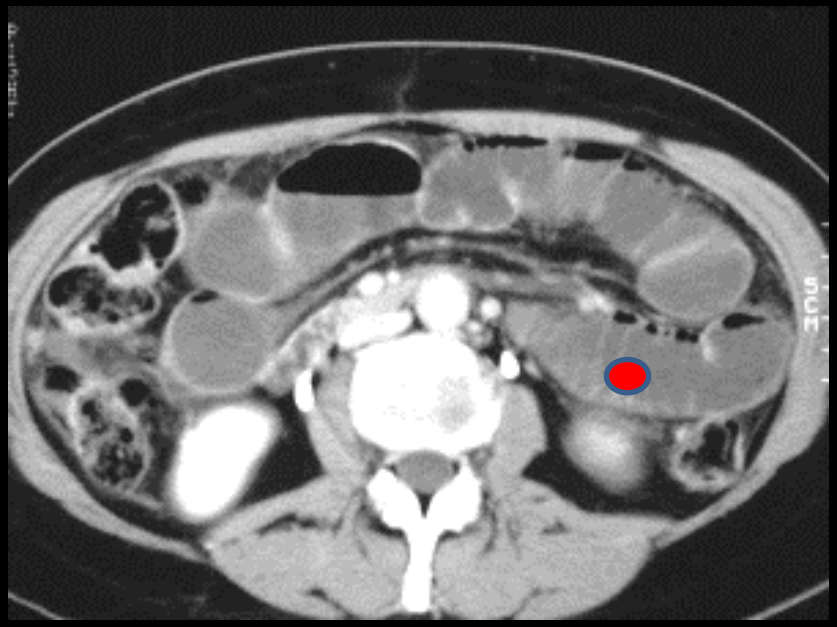
femme 65 ans

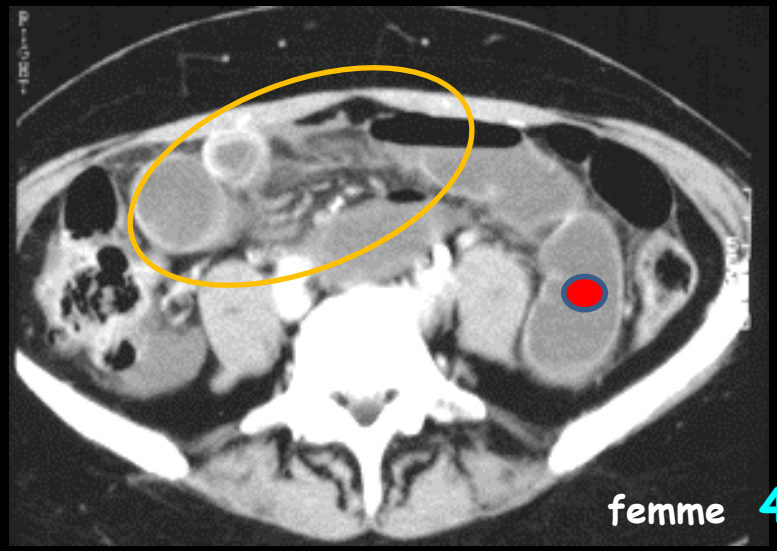
obs.CHU Nancy-Brabois

hernie du ligament large gauche

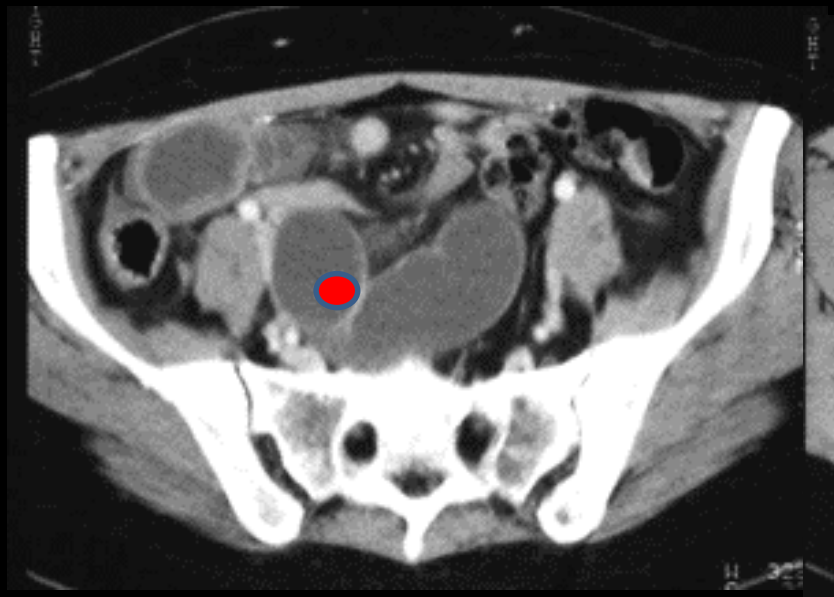
schéma d'une hernie interne du ligament large droit

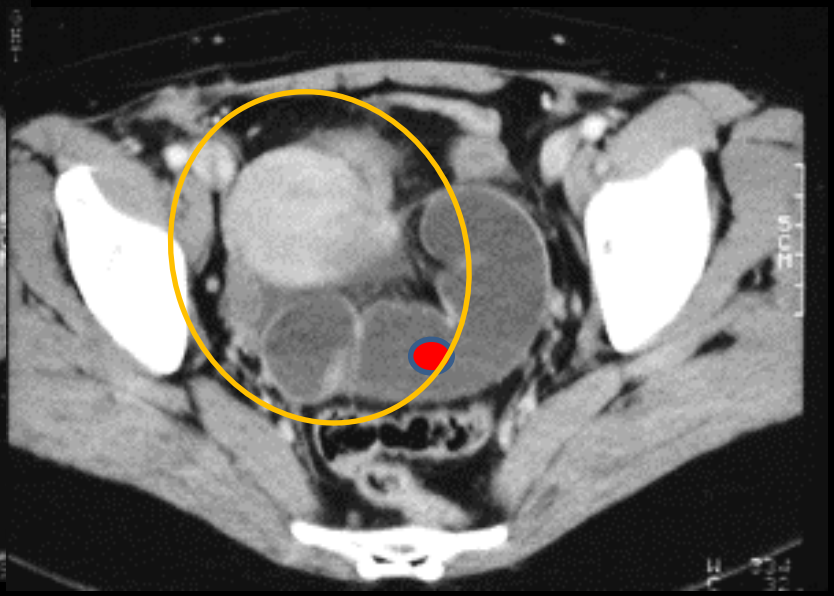
Les hernies internes de l'abdomen , à propos de 14 cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E. GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95





femme 48 ans

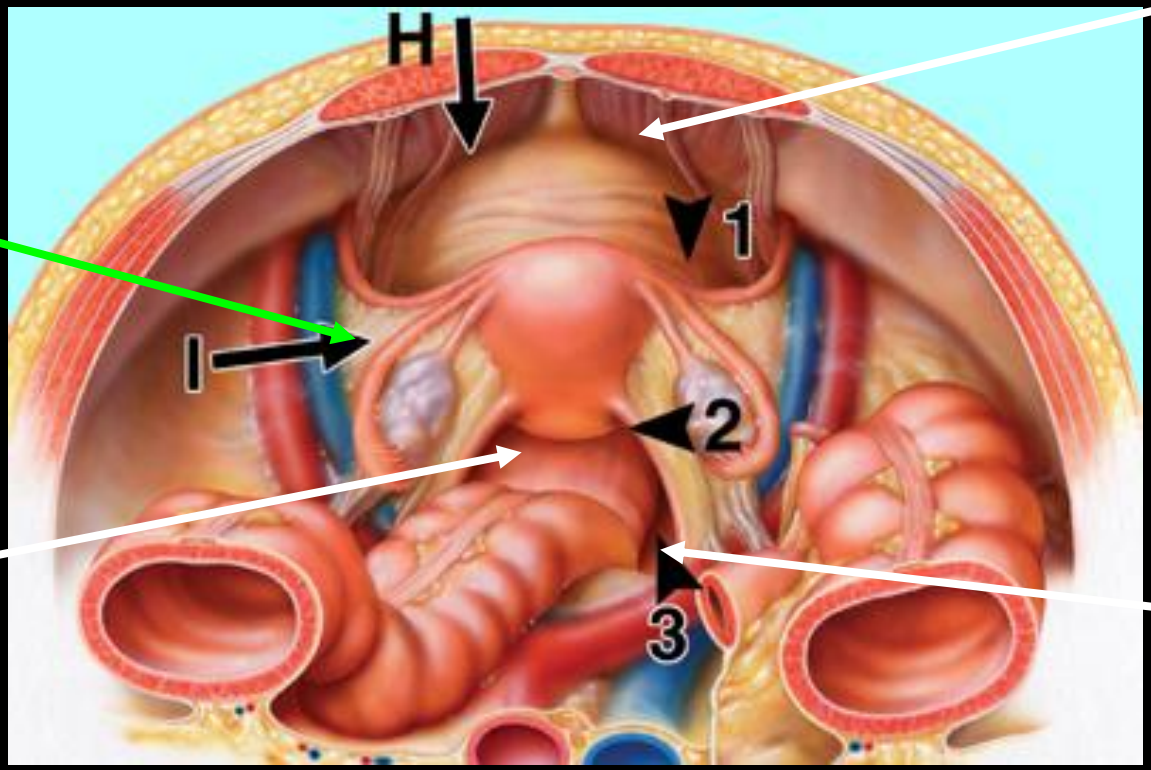




hernies internes pelviennes

hernies para vésicales

hernies du ligament large

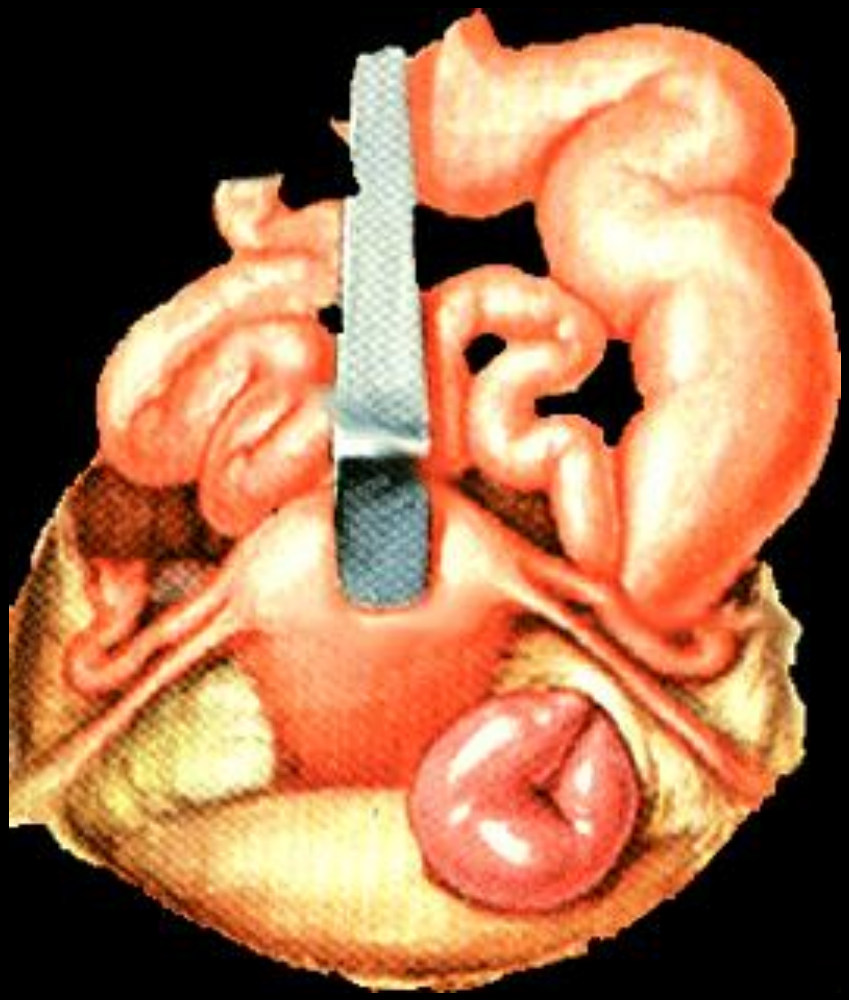


hernies du cul de sac de Douglas

hernies de la fossette péri-rectale

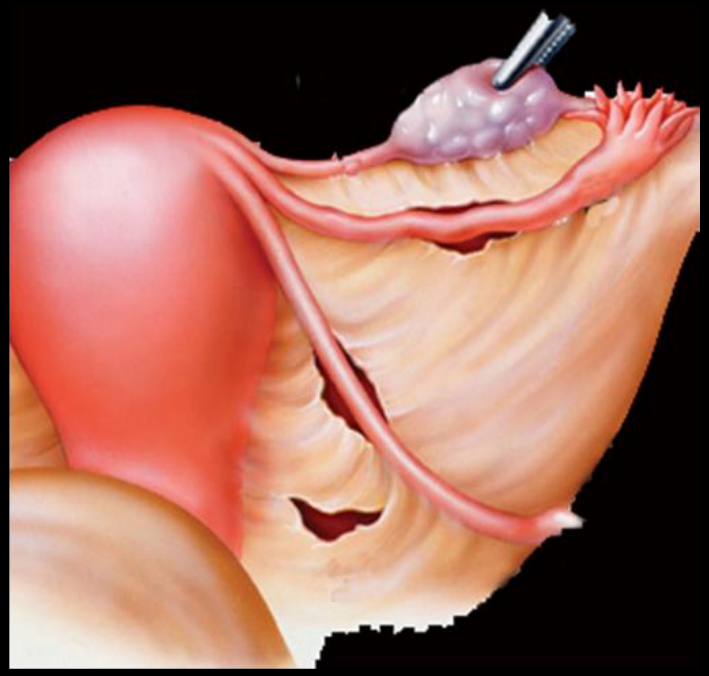
CT of internal hernias
TAKEYAMA N, GOKAN T, OHGIYA Y, SATOH S, I HASHIZUME, MD, HATAYA K., KUSHIRO H., NAKANISHI M., KUSANO M., MUNECHIKA H.,
RadioGraphics ;2005,25:997-1015

hernies du ligament large



° Elles représentent 4 à 5 % de l'ensemble des hernies internes et n'intéressent que l'intestin grêle dans 90 % des cas. Plus rarement, on a rapporté des hernies du côlon, de l'ovaire et de l'uretère dans des défects du ligament large.

Généralement observées chez des femmes d'âge moyen, multipares et sans antécédents chirurgicaux pelvi-abdominaux, elles sont probablement pour la plupart consécutives à des défects acquis du ligament large d'origine obstétricale, traumatique, infectieuse… en règle du côté gauche



Les hernies du ligament large peuvent également être classées en fonction de leur siège anatomique

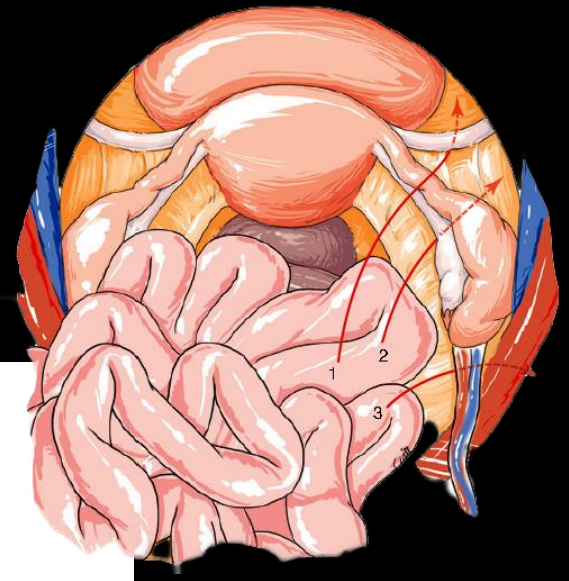
- dans le type I, le plus fréquent, la hernie traverse le ligament large dans toute son épaisseur

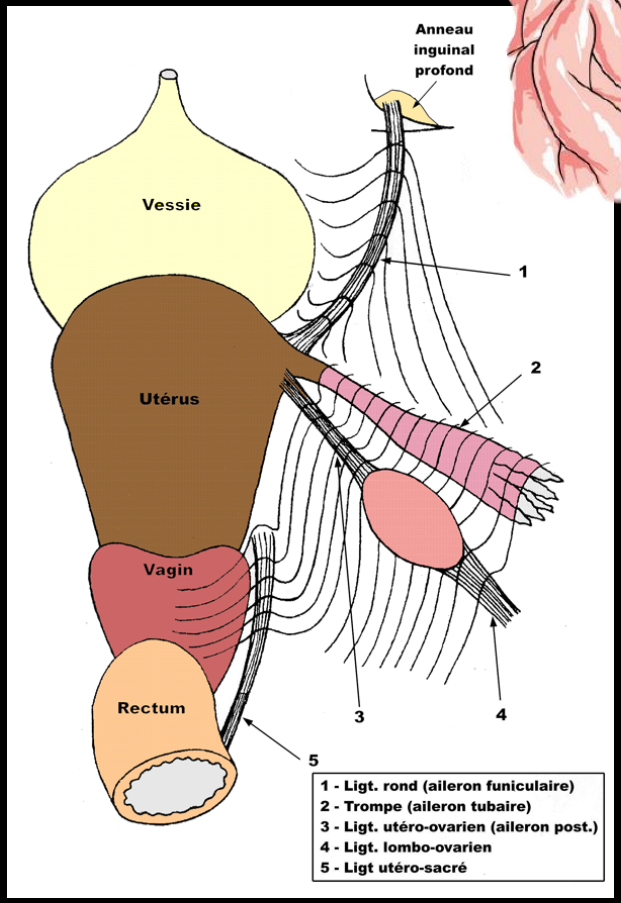
- dans le type II, la hernie se développe entre le mésosalpinx et le mésovarium

- tandis que dans le type III, le trajet se fait sous le ligament rond

- enfin, un type IV a été décrit où le défect n'intéresse que le mésosalpinx.

Les anses herniées peuvent être englobées dans un sac formé par les 2 feuillets péritonéaux du ligament large (il s'agit alors d'une hernie vraie avec sac herniaire) ou se développer entre les 2 feuillets du ligament large dont un seul est perforé ; enfin, la brèche peut intéresser les 2 feuillets du ligament large et il n'y a alors pas de sac herniaire





http://www.anat-jg.com/PeritoineSous/OGF/Trompes.LL.htm

le diagnostic peut être facilement évoqué par l'évaluation de la position du point de convergence des plis et des vaisseaux mésentériques des anses distendues. Celui-ci se projette en effet de façon assez caractéristique au contact du bord gauche de l'utérus. Il existe généralement un déplacement de l'utérus et du ligament large vers la droite qui constitue un élément du diagnostic .

Seules les hernies supravésicales peuvent conduire à des aspects proches mais on observe alors un effet de masse de la ou des anses herniées sur la vessie, lié à leur enclavement dans le petit bassin, qui n'existe pas dans les hernies du ligament large