

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



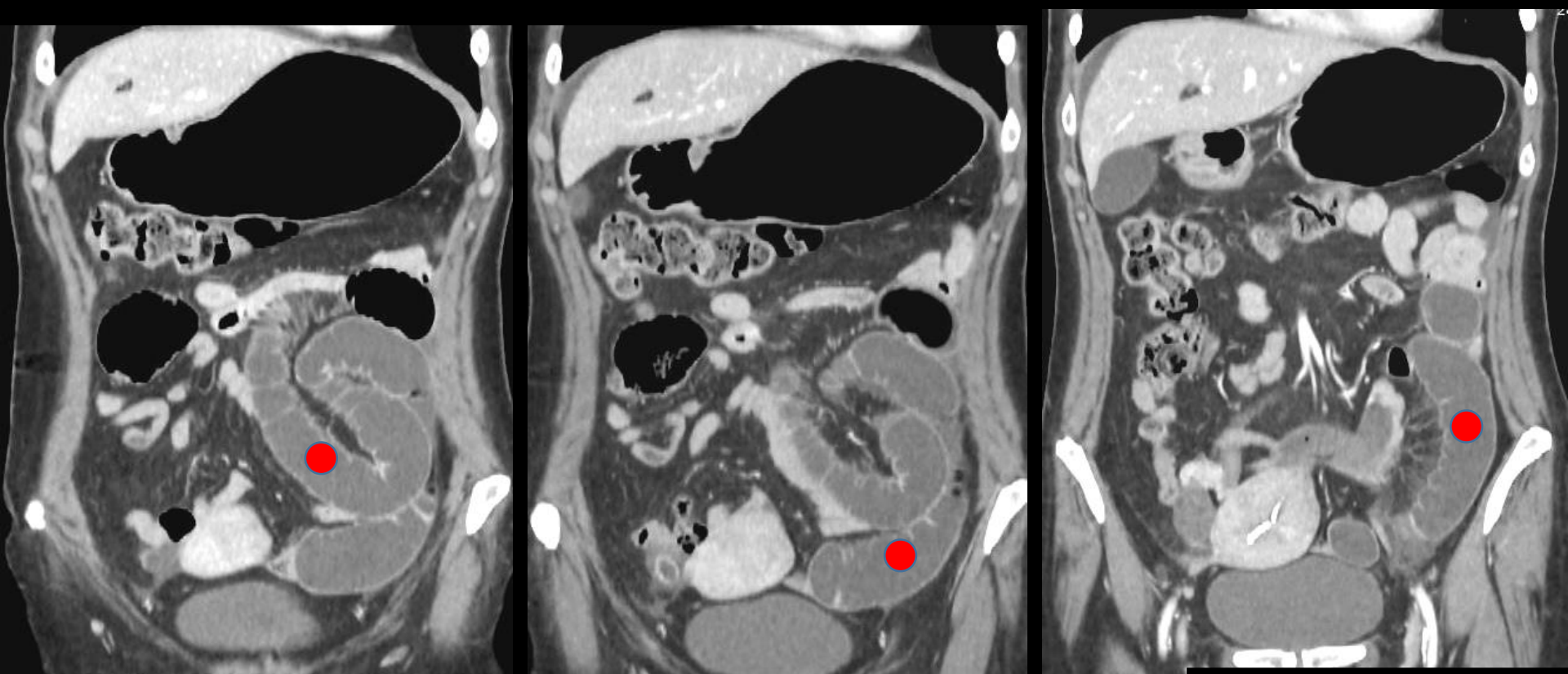
28/1



Omar Bakour ACS

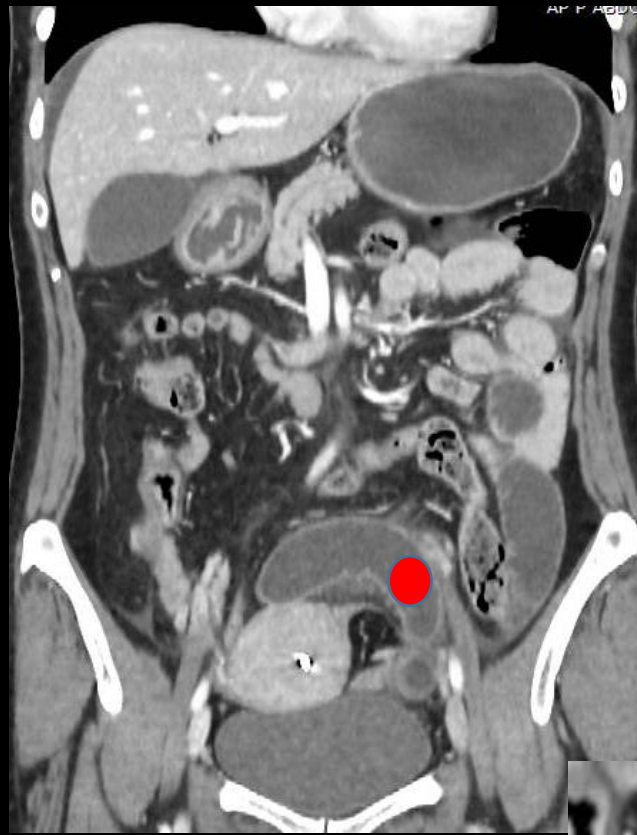


des anses grêles jéjunales dilatées (valvules conniventes) avec niveau hydro-gazeux sur le profil sont des **éléments en faveur d'une occlusion du grêle** puisqu'il n'y a pas de signe d'obstacle colique associé (pas de stase stercorale ni d'image hydro-gazeuse de type colique)

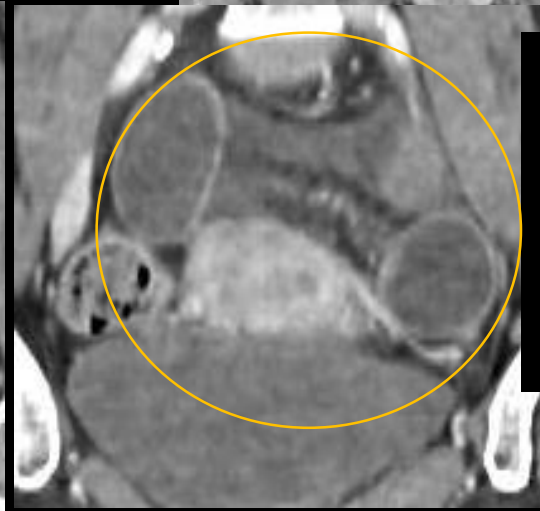
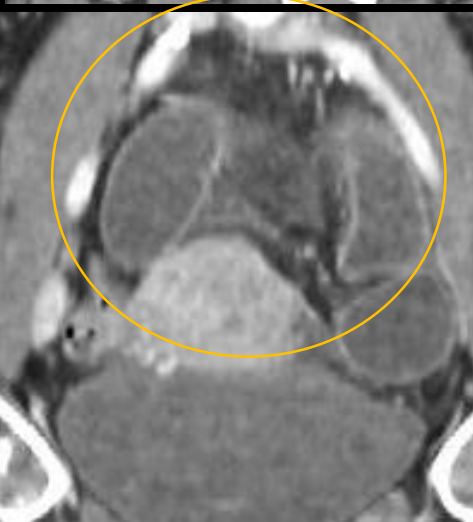
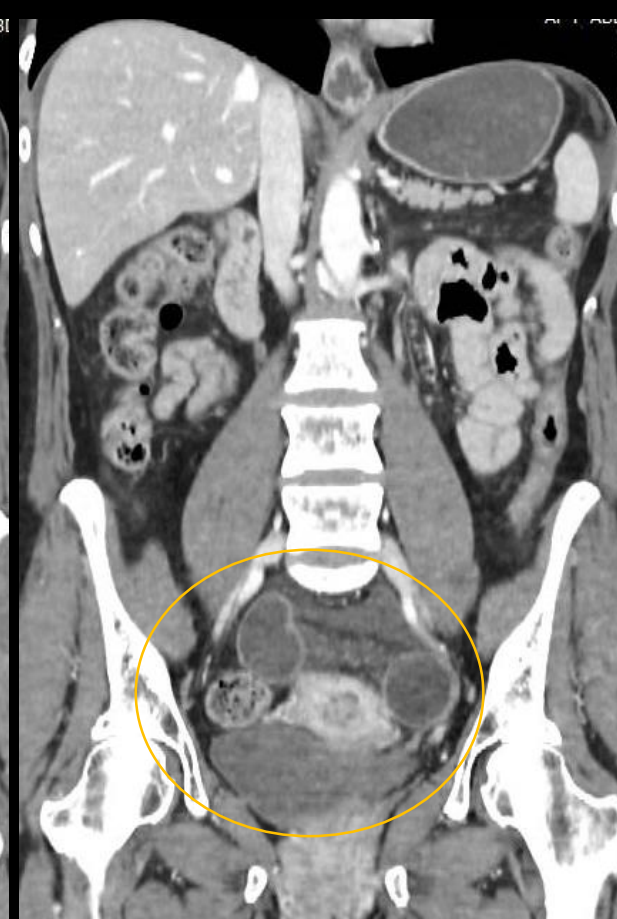
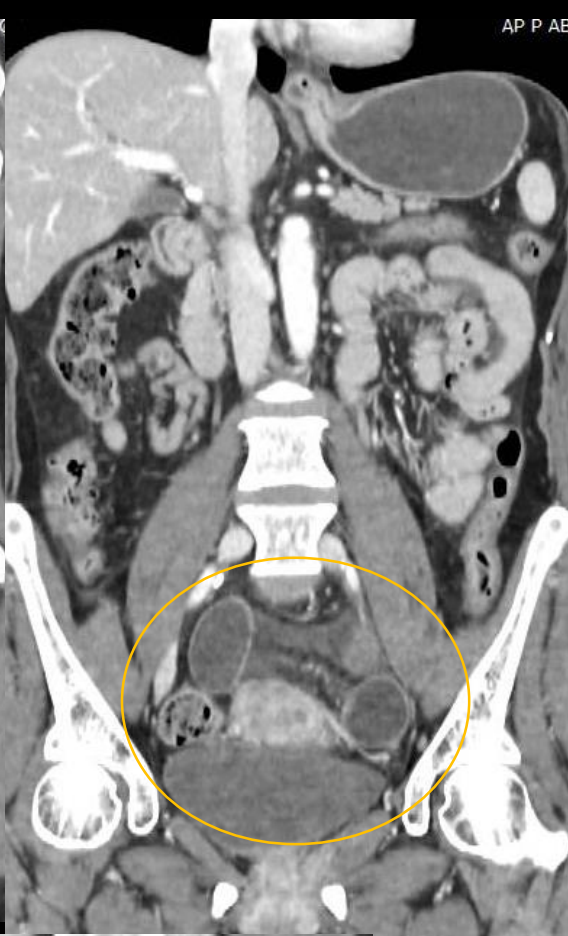
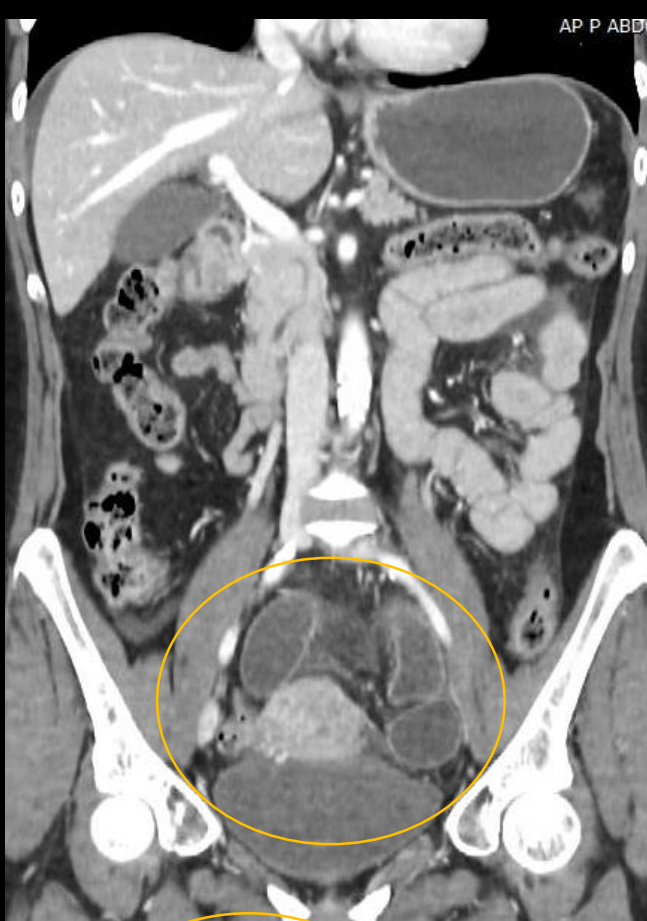


les reformations coronales objectivent la dilatation d'un assez long segment jéjunal distal avec œdème des plis méésentériques ; les parois sont amincies par la distension mécanique mais leur rehaussement est correct. **Ce segment jéjunal (●) correspond à la distension du grêle en amont de l'obstacle**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

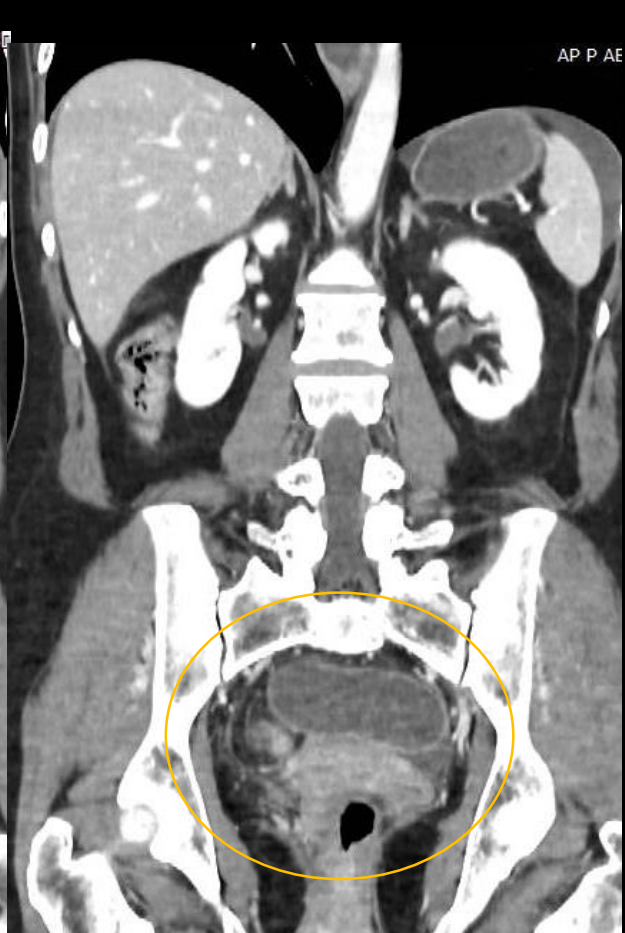
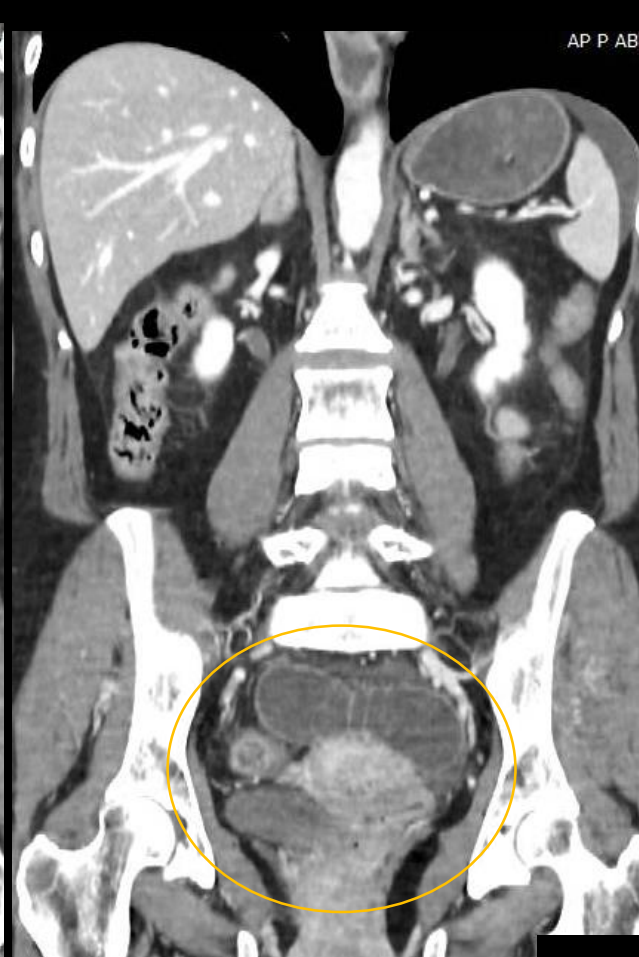




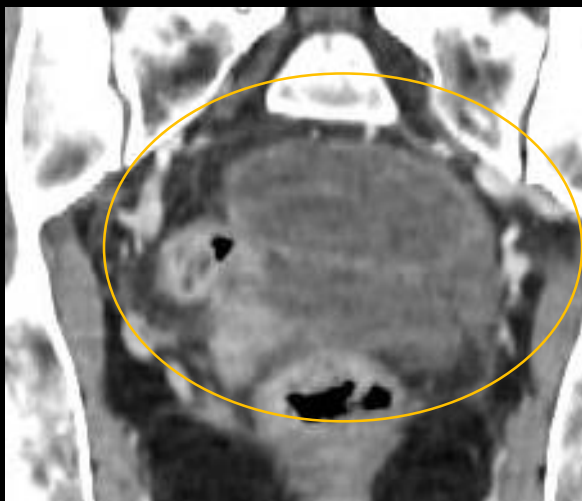
en suivant le segment jéjunal distendu on arrive au
 contact de l'annexe gauche qui est soulevée par la
 traction du mésentère des anses incarcérées dans
 l'orifice herniaire du ligament large gauche ;
 Il s'agit donc d'une hernie du ligament large
 gauche



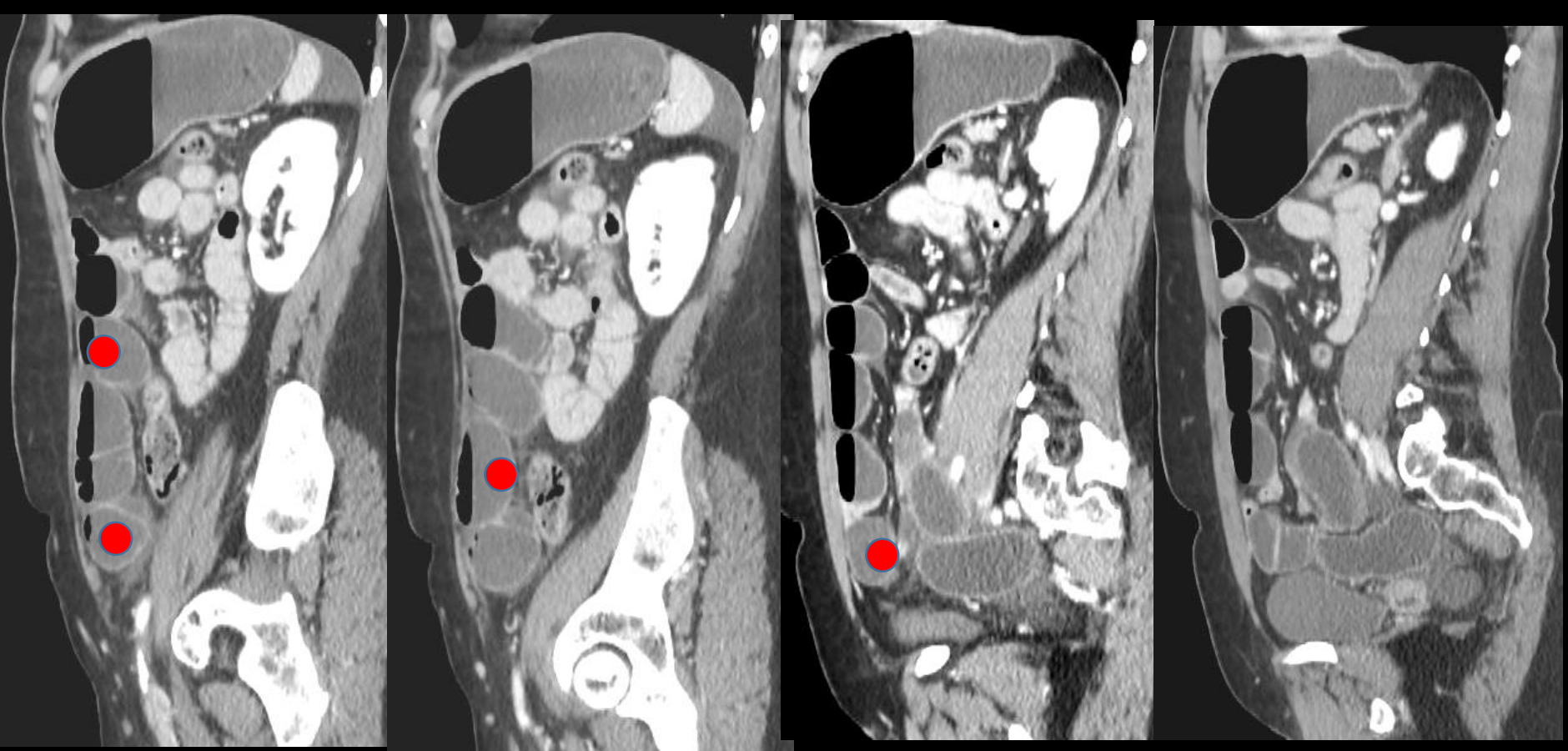
en arrière, dans l'excavation pelvienne,
on trouve les anses intra-herniaires
dont le mésentère est nettement
infiltré



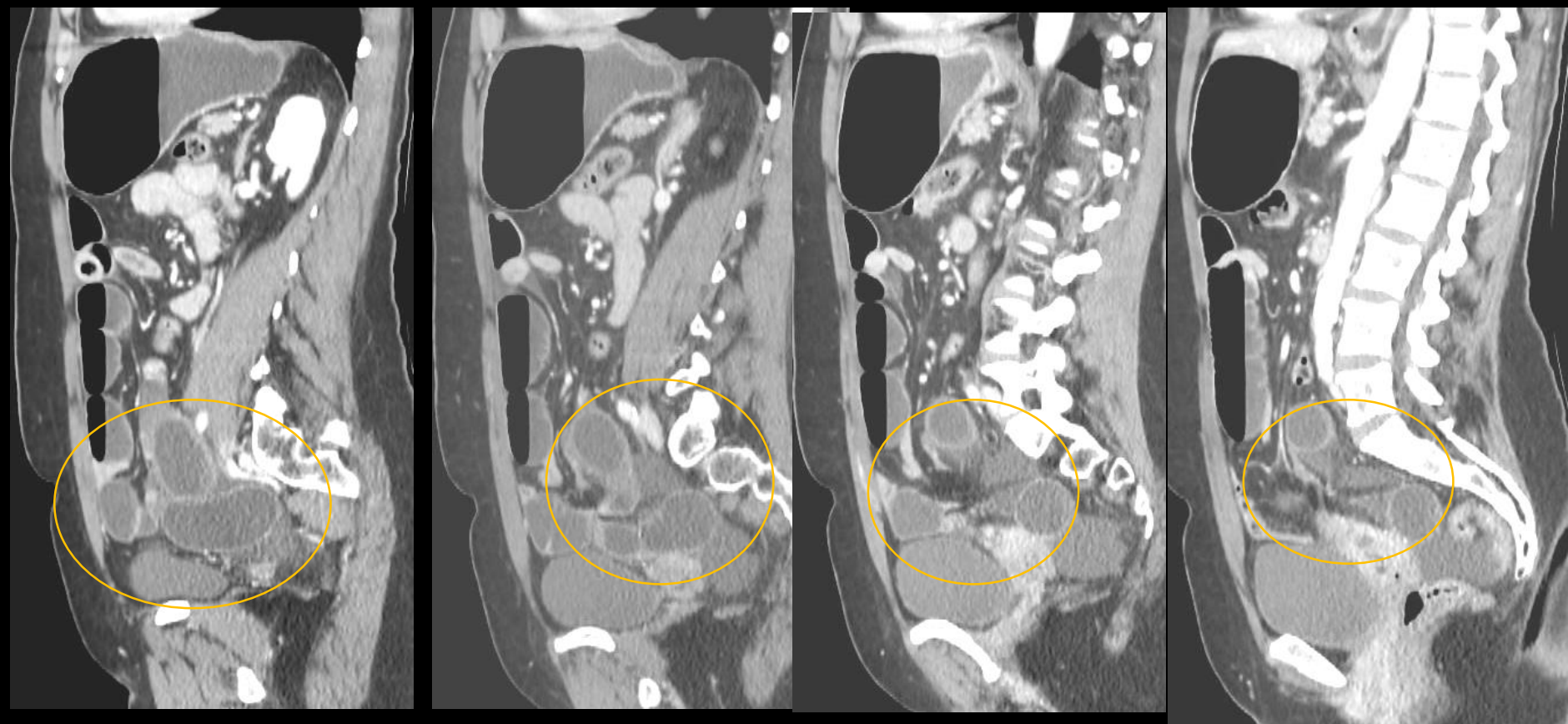
le rehaussement pariétal des anses intra-herniaires est dégradé suggérant, avec l'infiltration dense du mésentère, une composante artérielle à l'ischémie



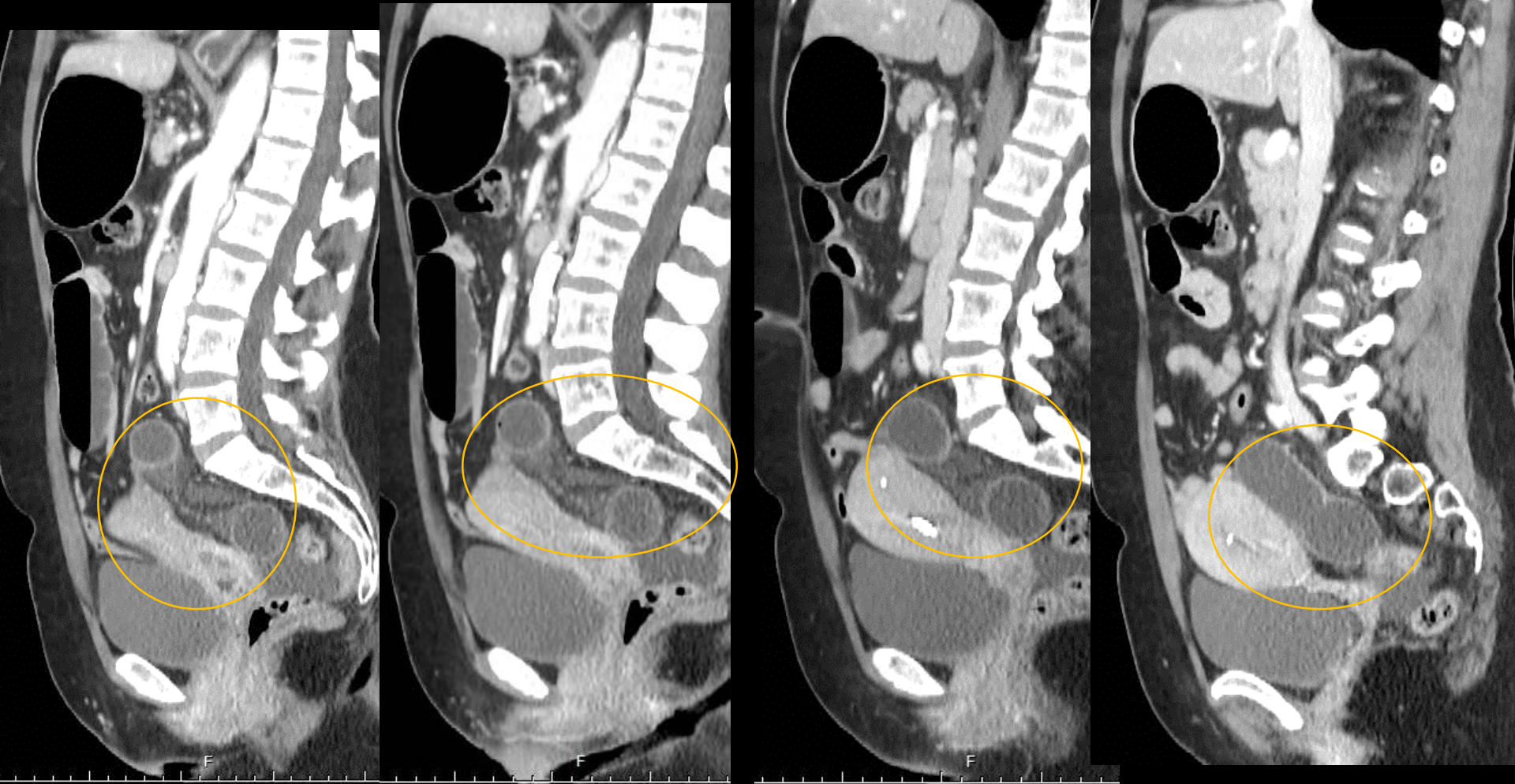
anses intra-herniaires
incarcérées , situées au
niveau du cul de sac de
Douglas avec signes patents
d'ischémie artérielle



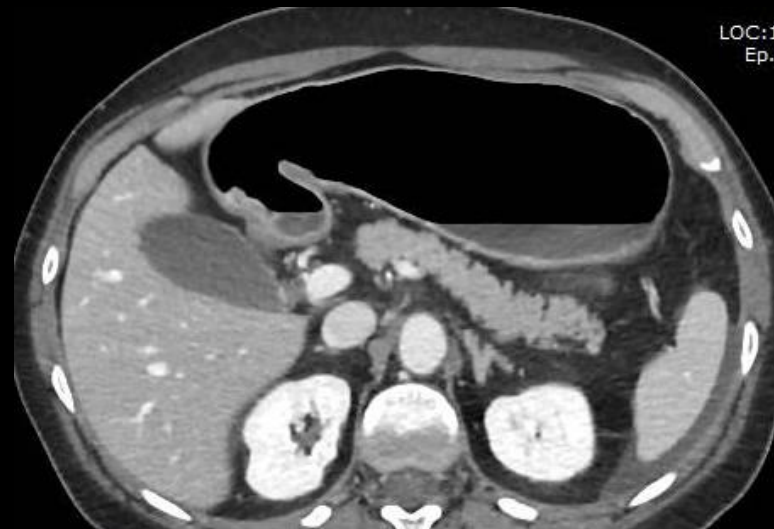
sur les reformations sagittales gauches, le segment jéjunal distendu d'amont est en situation antérieure, juxta pariétale



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



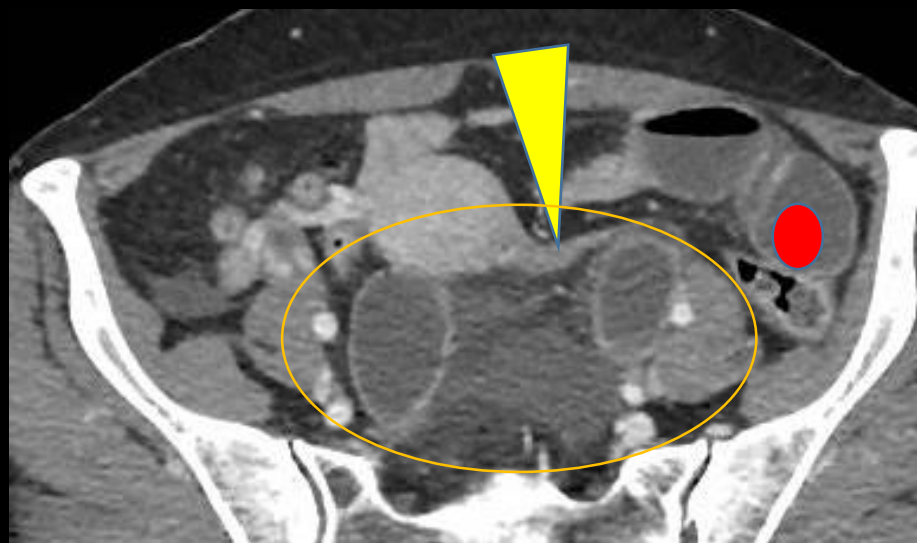
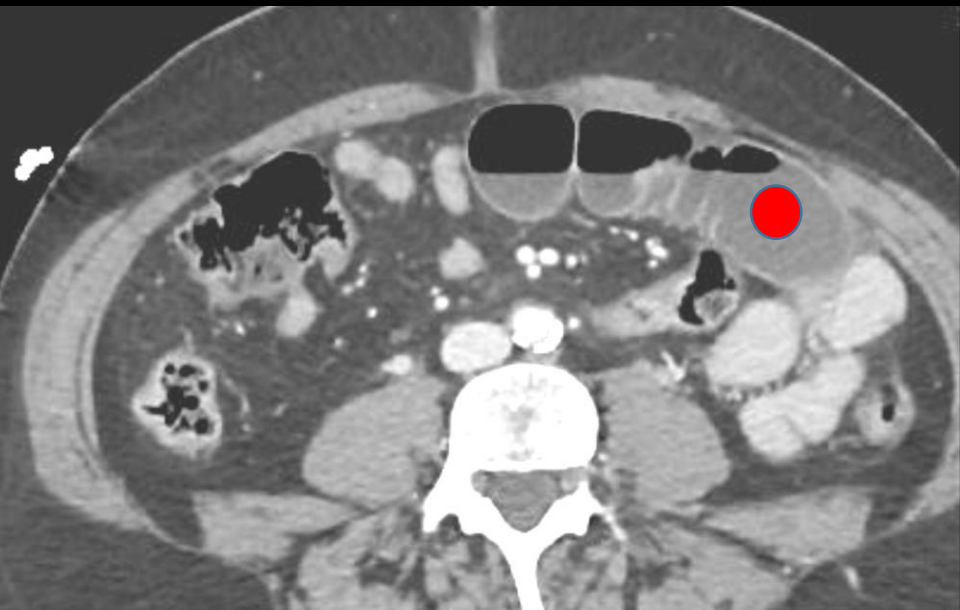
les anses fermées intra-herniaires et leur mésentère infiltré sont plaquées
contre la charnière lombo-sacrée



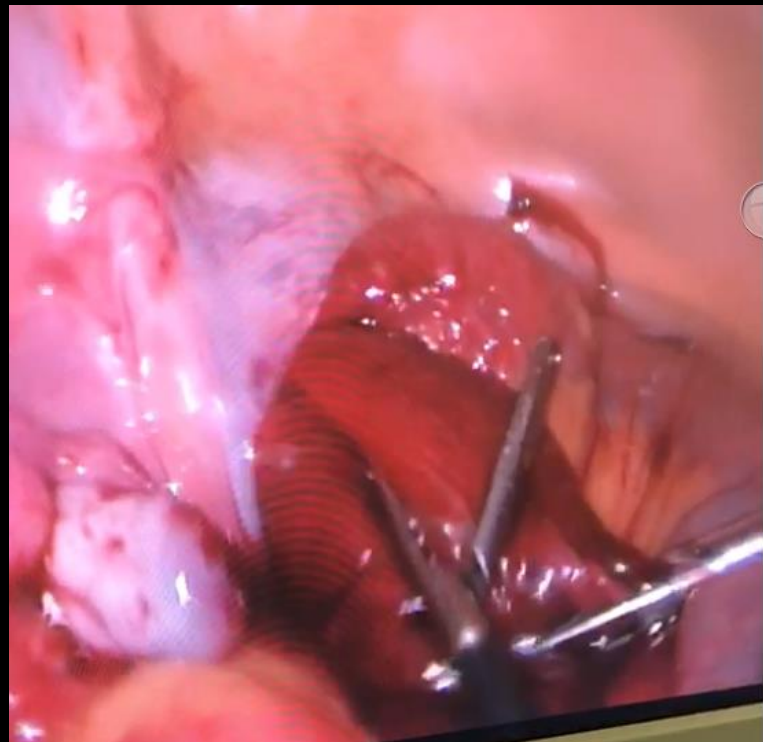
il existe un cardia mobile avec RGO spontané; une ascite de faible abondance

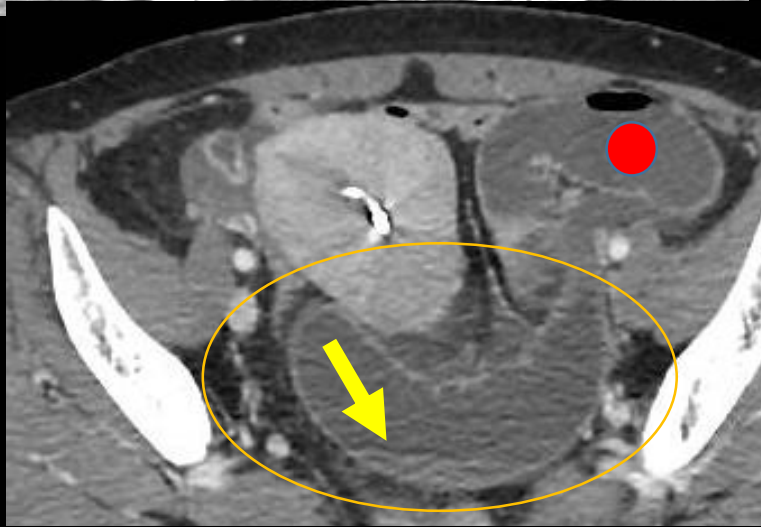
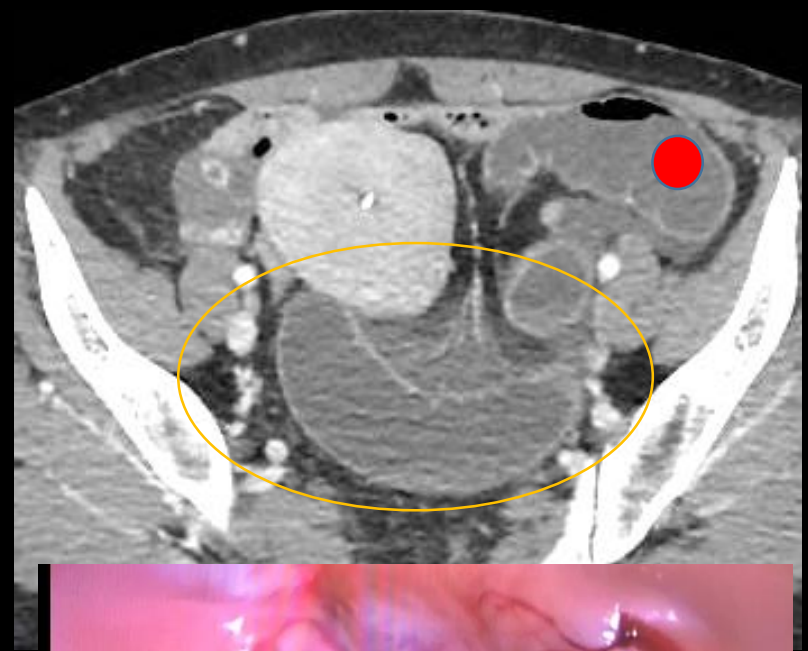


la moitié supérieure du jéjunum est plate, contrastant avec le reste du jéjunum en distension liquide . Présence d'une veine rénale gauche rétro-aortique

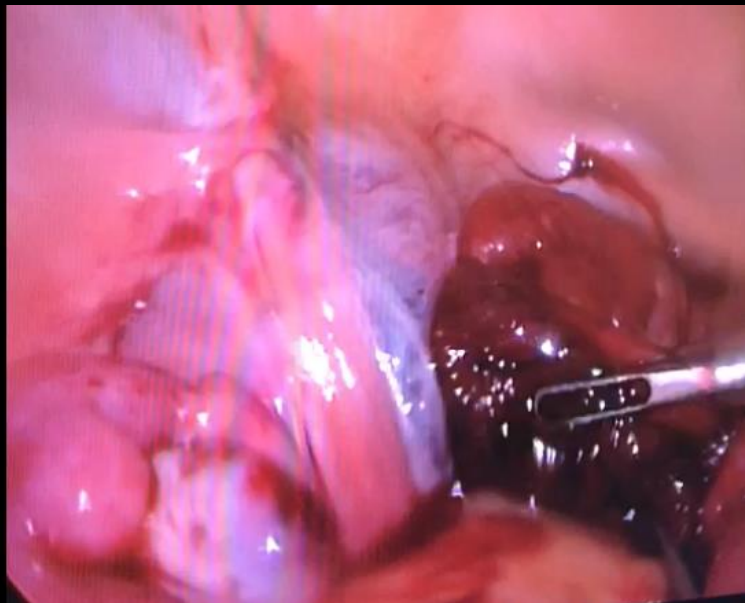


la trompe de Fallope gauche est bien l'élément
mécaniquement responsable du piégeage des
structures intestino-mésentériques herniées





l'épaisseur et le rehaussement des parois des anses distendues ; l'allure de leur contenu (notez ici le sédiment hématique décline) 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

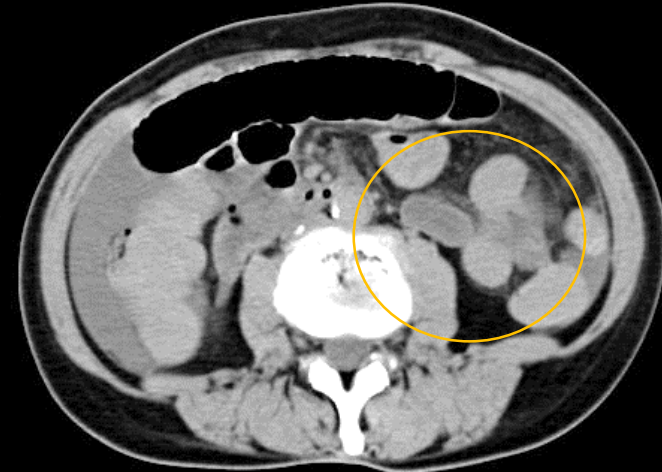
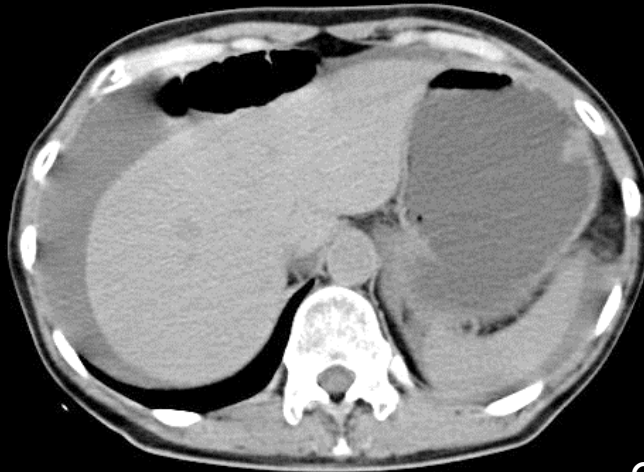
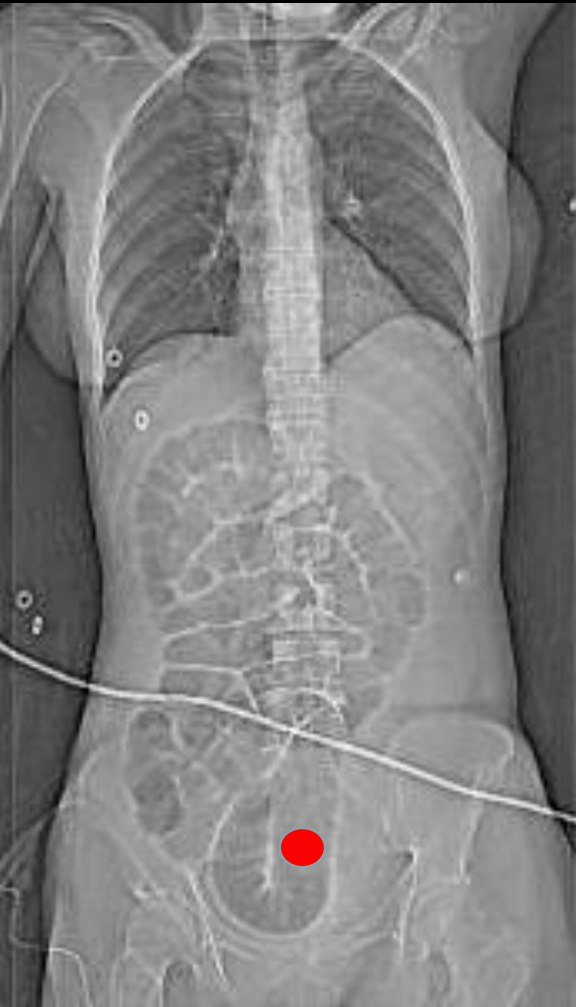


la réduction du contenu herniaire a permis une fermeture de la brèche annexielle et un retour à une perfusion satisfaisante sans résection intestinale

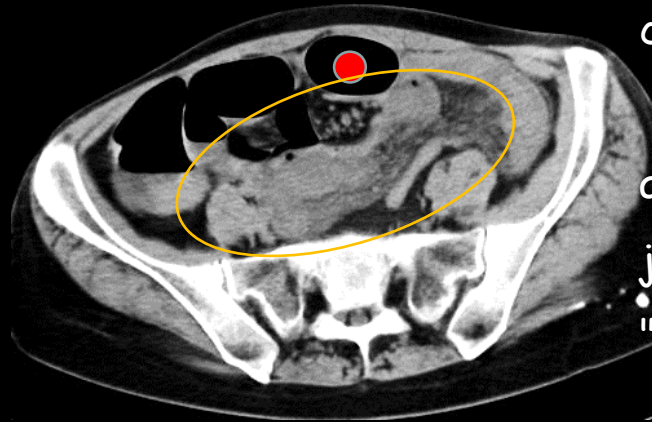
video Pr Manuela Perez Chef du Service
Chirurgie Générale et Urgences Hôpital Central
CHU Nancy

Cas compagnon n°1

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

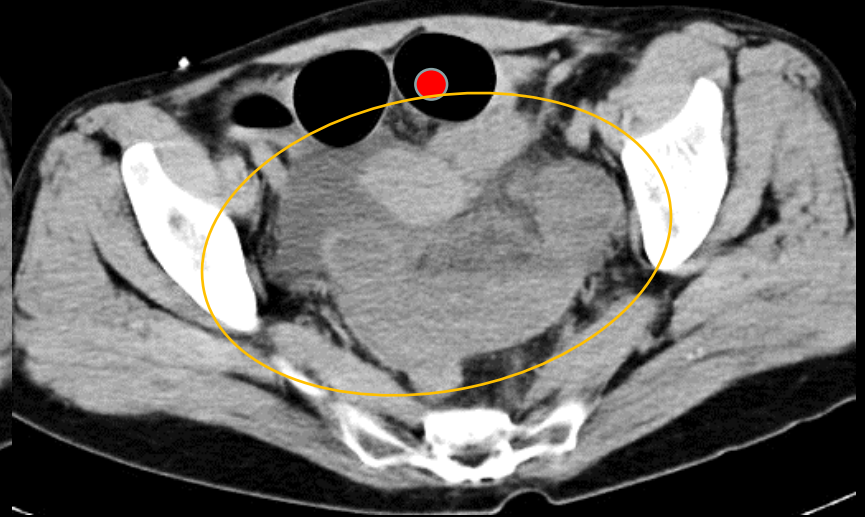
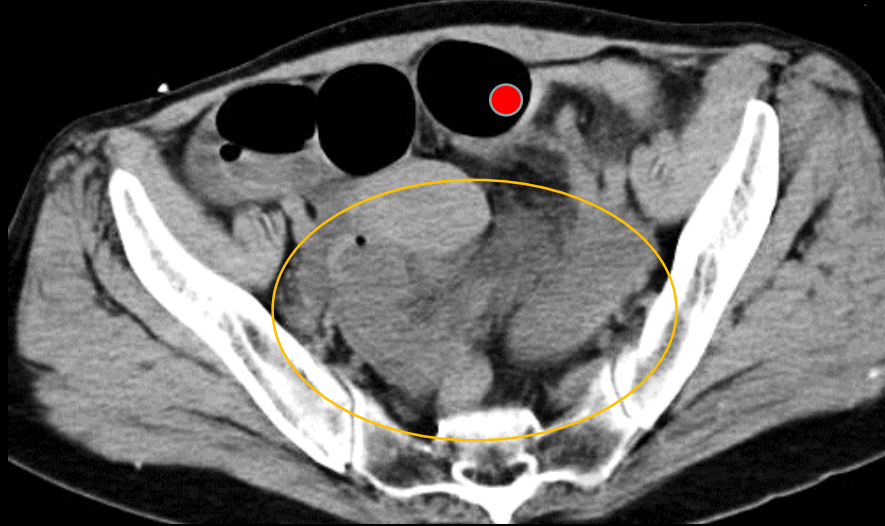
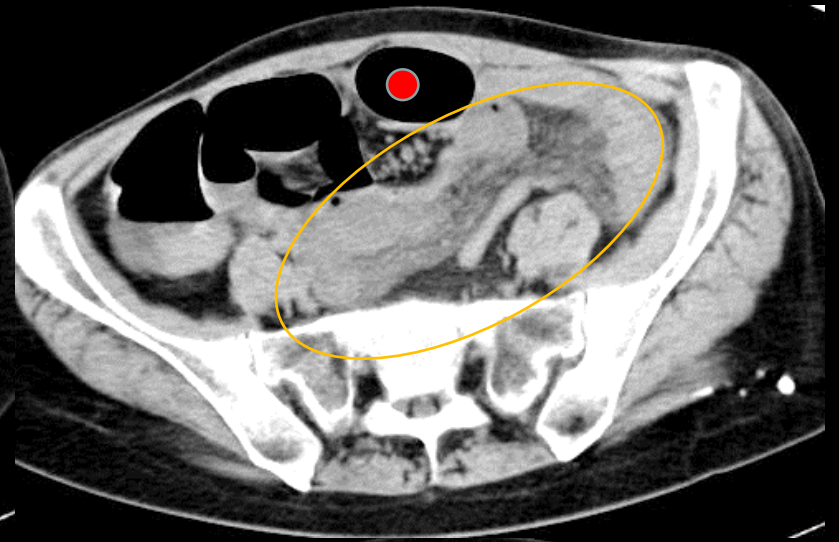
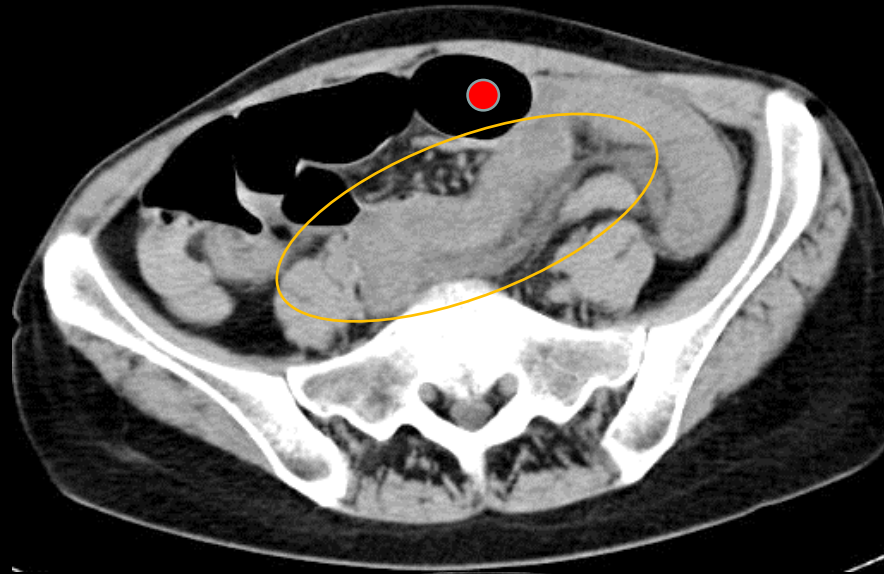


avant injection de produit de contraste



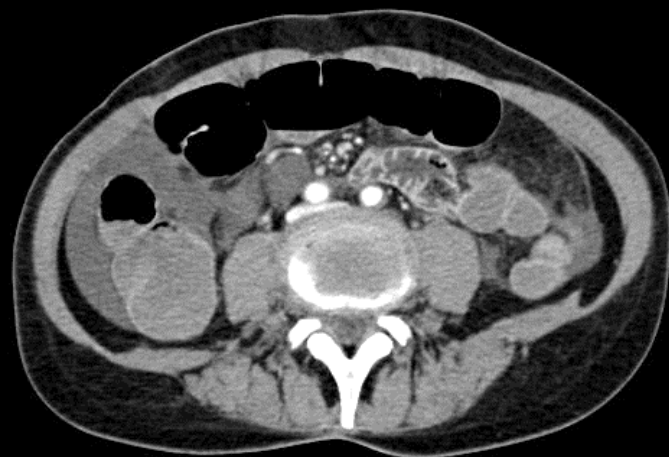
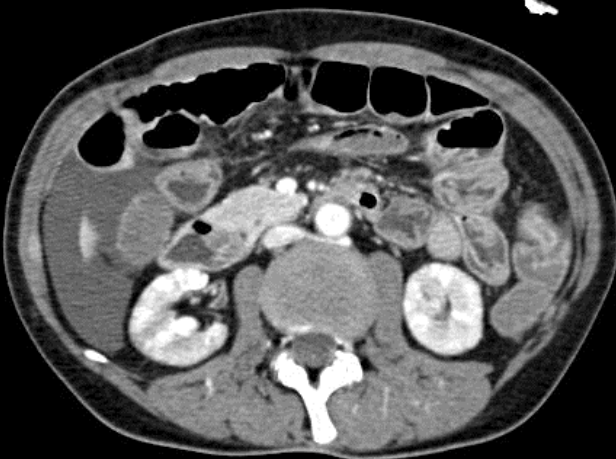
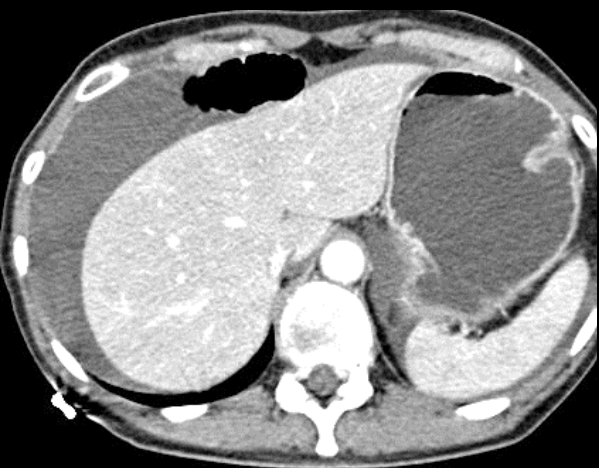
ascite abondante; premières anses jéjunales en distension gazeuse "plongeant" jusqu'au pelvis

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

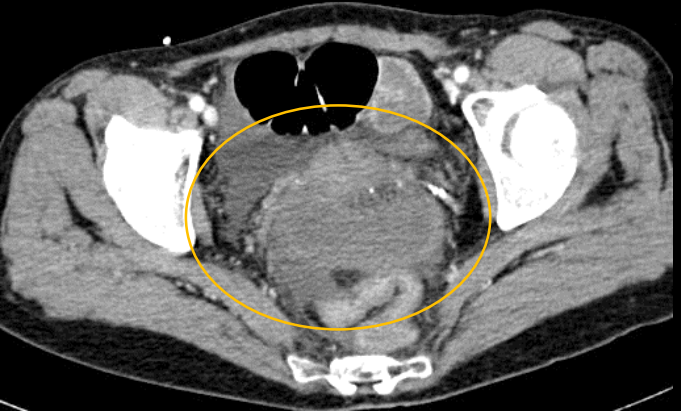
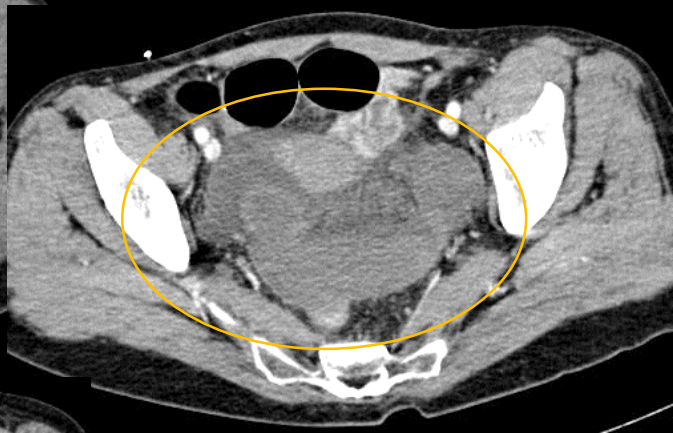
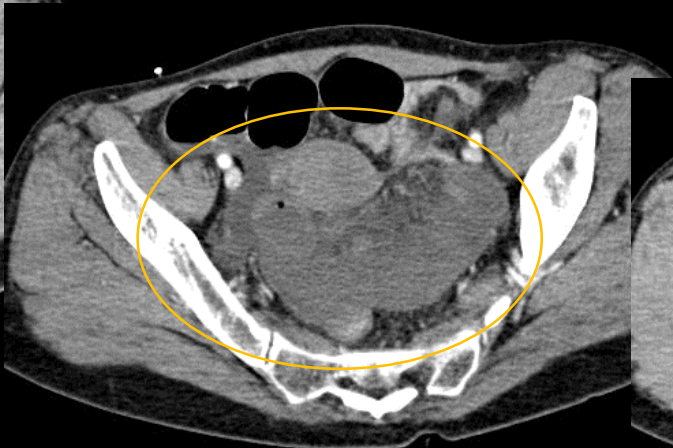
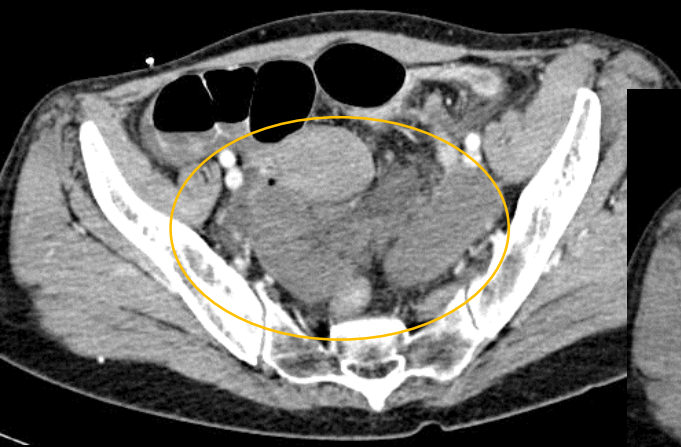
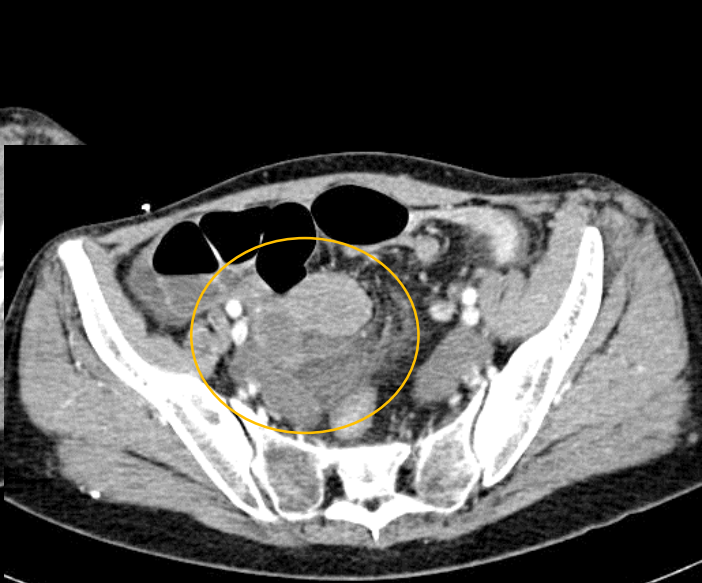
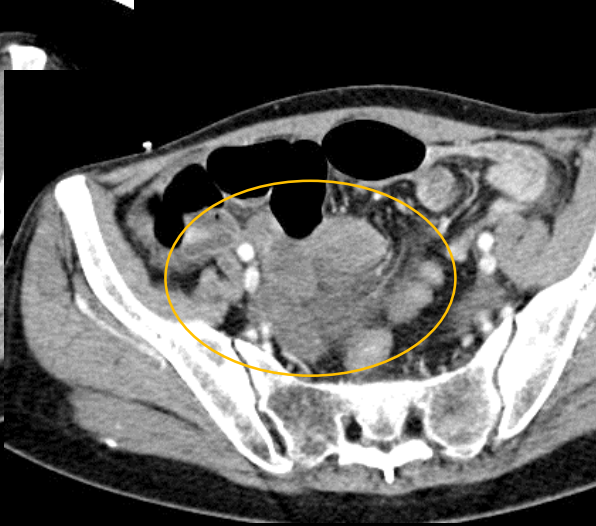
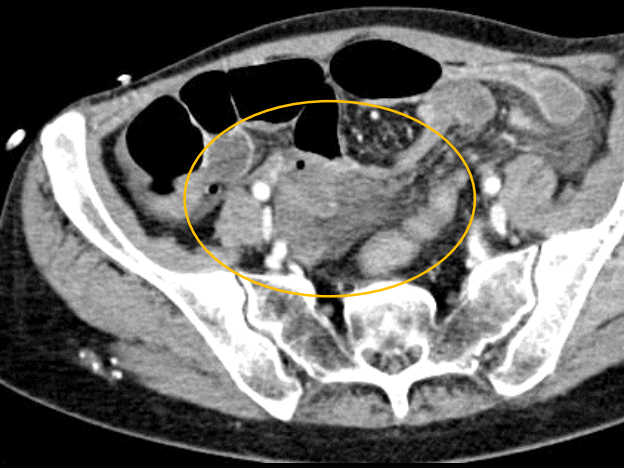


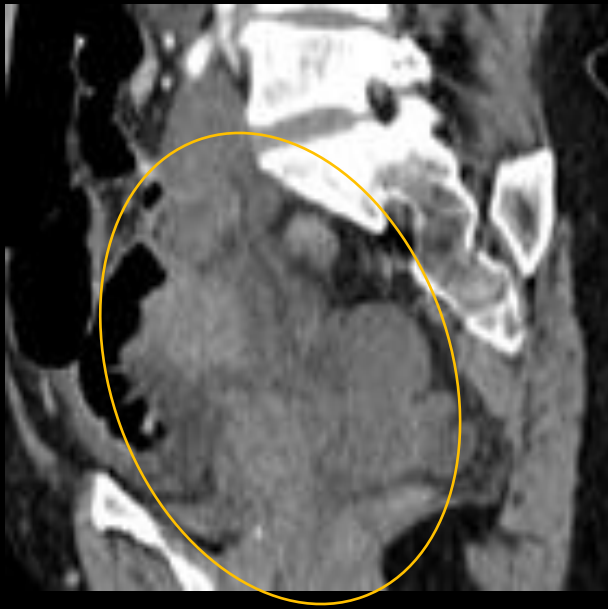
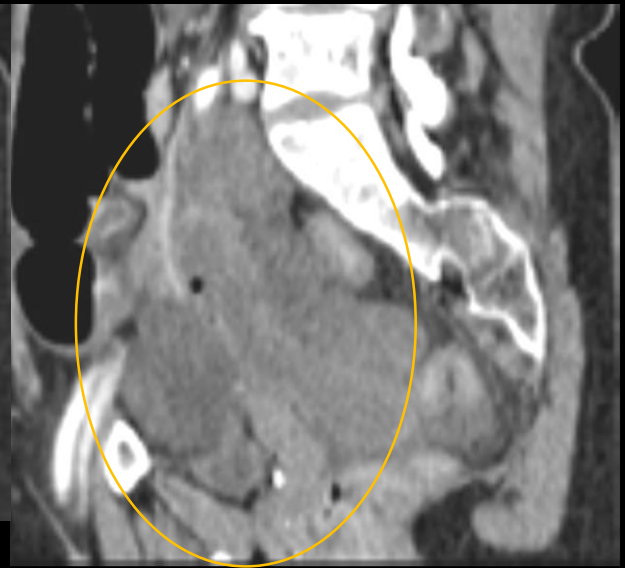
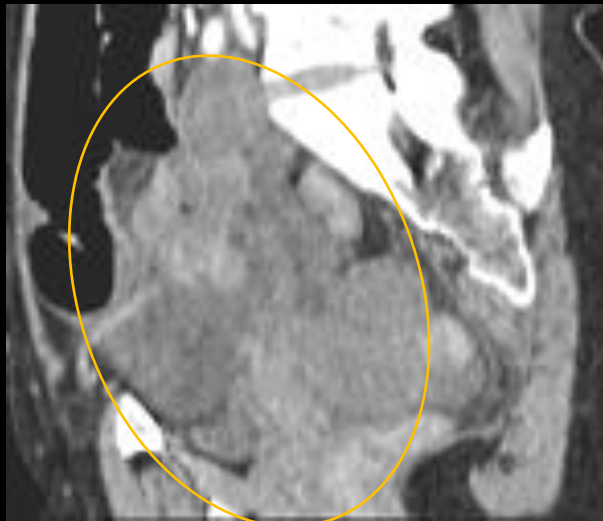
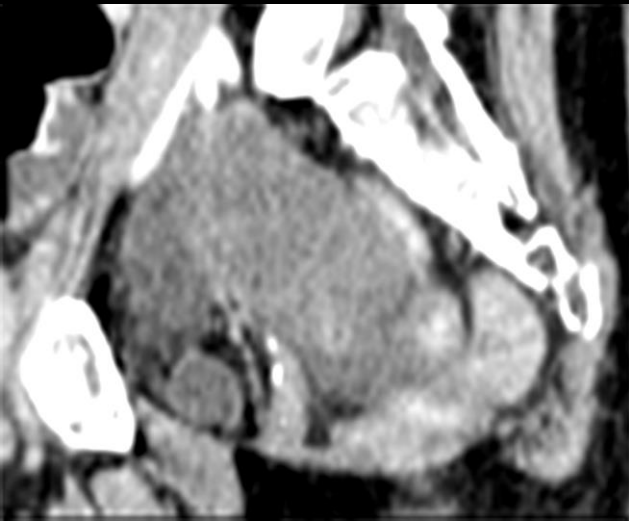
avant injection de produit de contraste

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

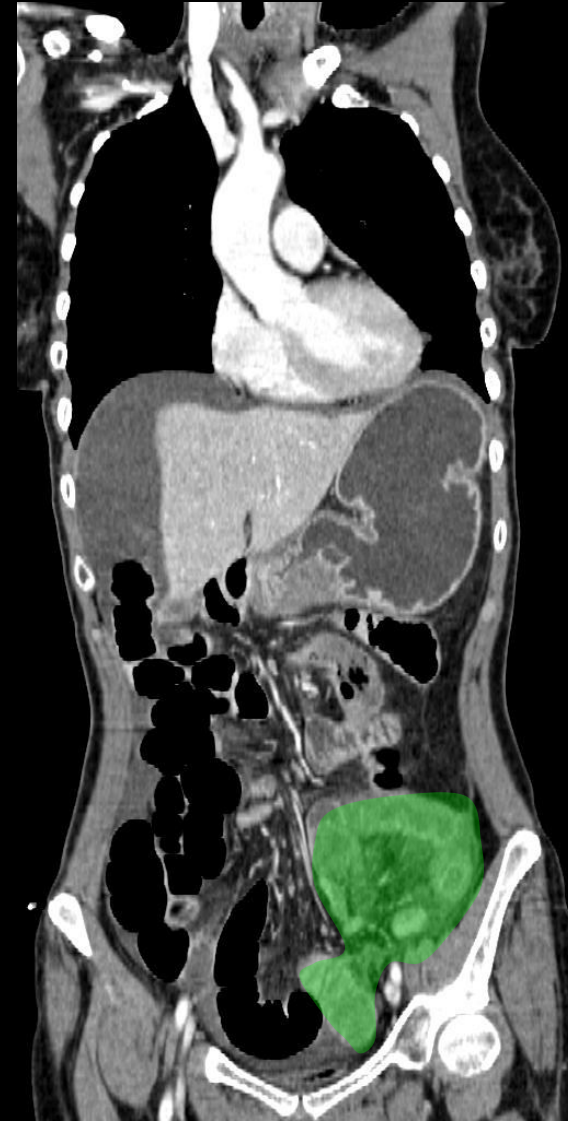
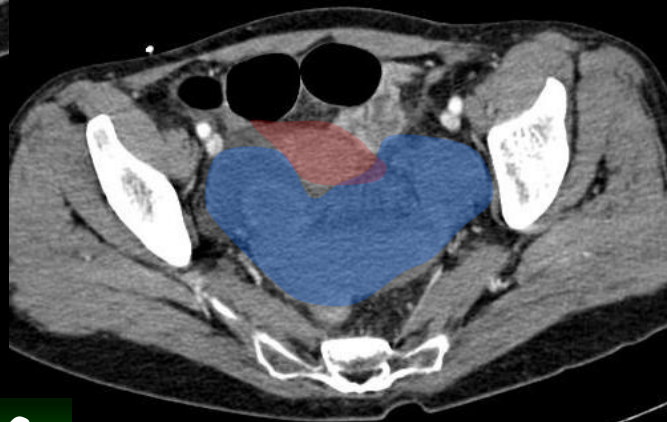
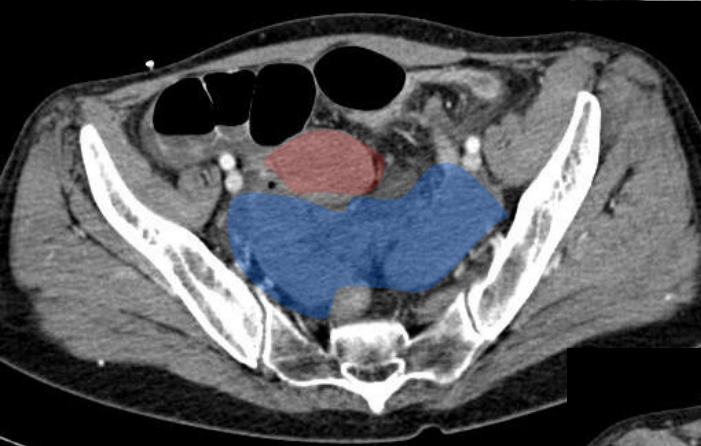


après injection de produit de contraste, le défaut de rehaussement des zones infiltrées est de plus en plus net à mesure que l'on descend du flanc vers la fosse iliaque gauches





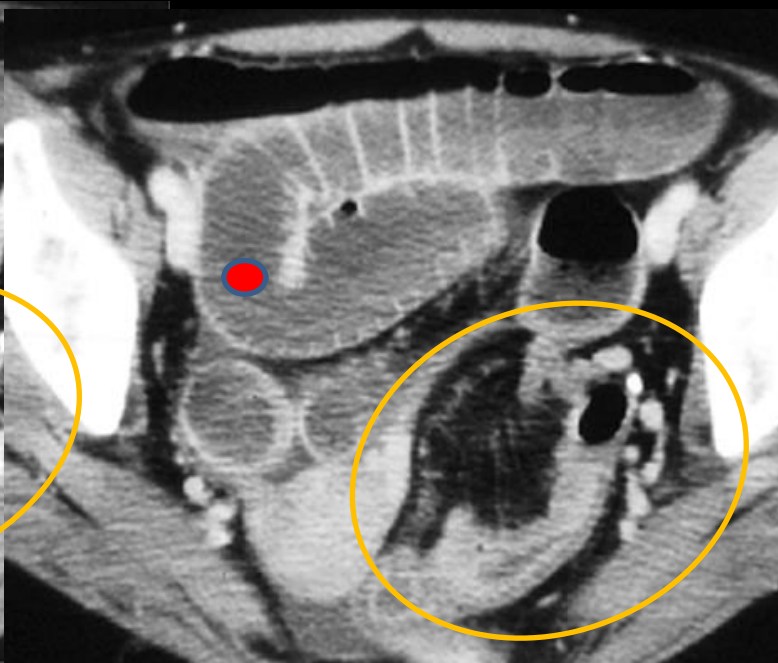
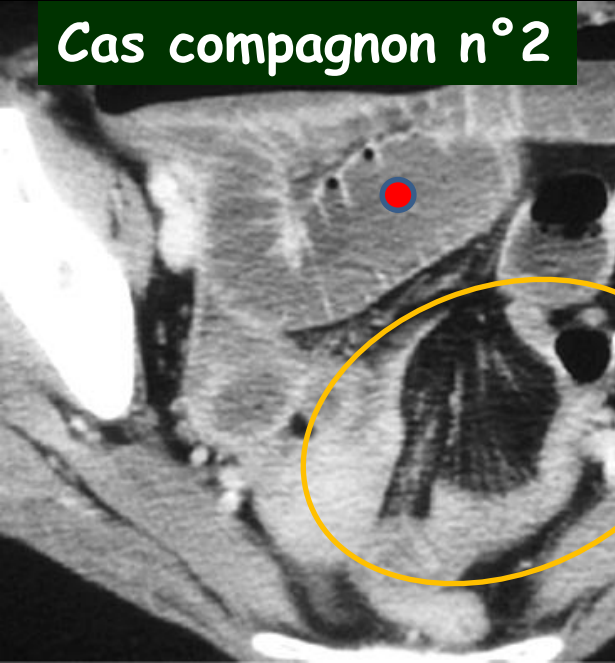
anses herniées
ischémiées, prolabées en
arrière , dans la concavité
sacrée



hernie du ligament large G

obs. J Pringot et coll. UCL Bruxelles

Cas compagnon n°2

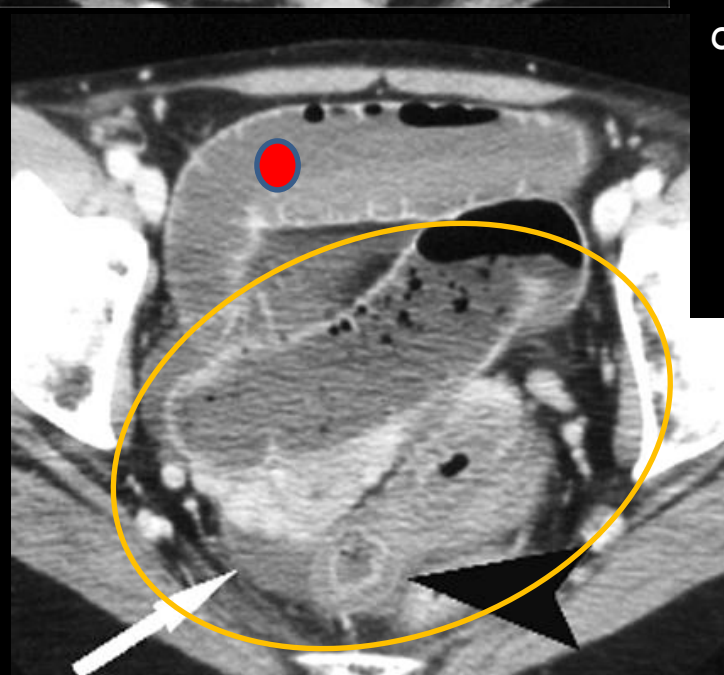
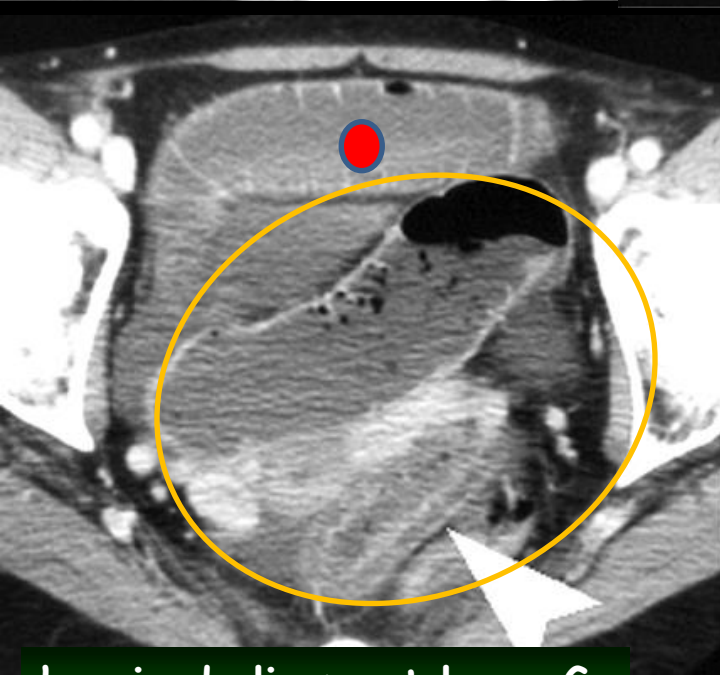


bien distinguer :

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

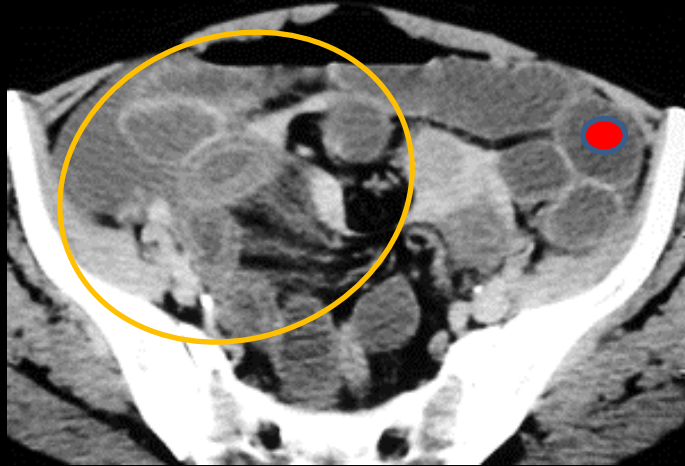
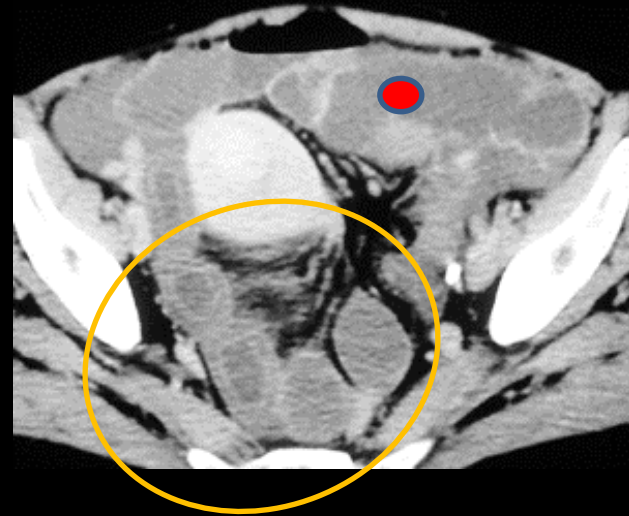
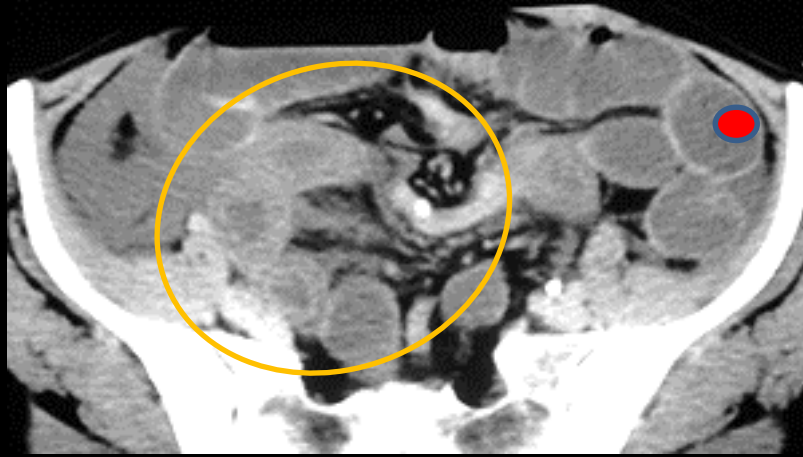
-les anses d'amont en
distension mécanique

(●)



hernie du ligament large G

Cas compagnon n°3



femme 65 ans

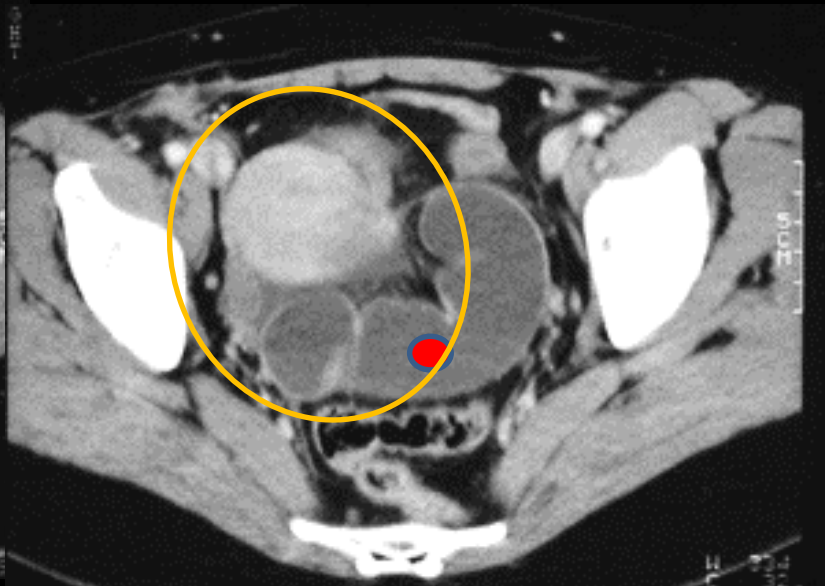
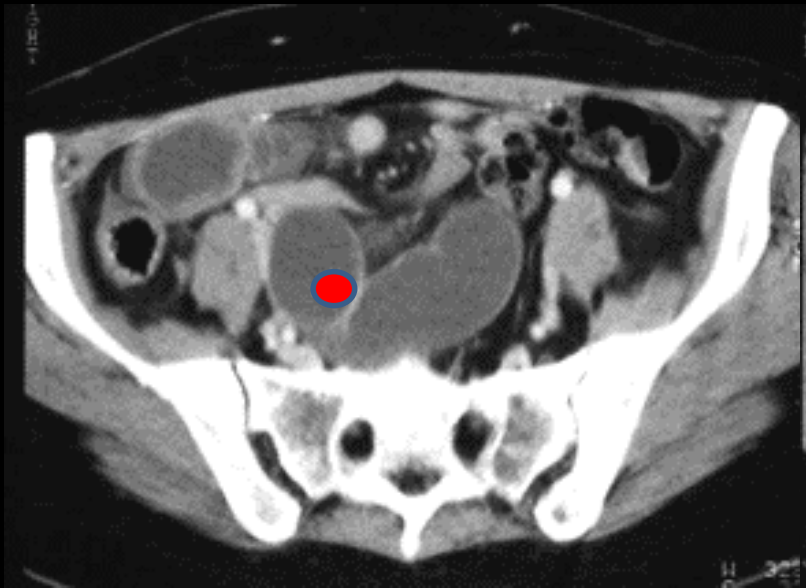
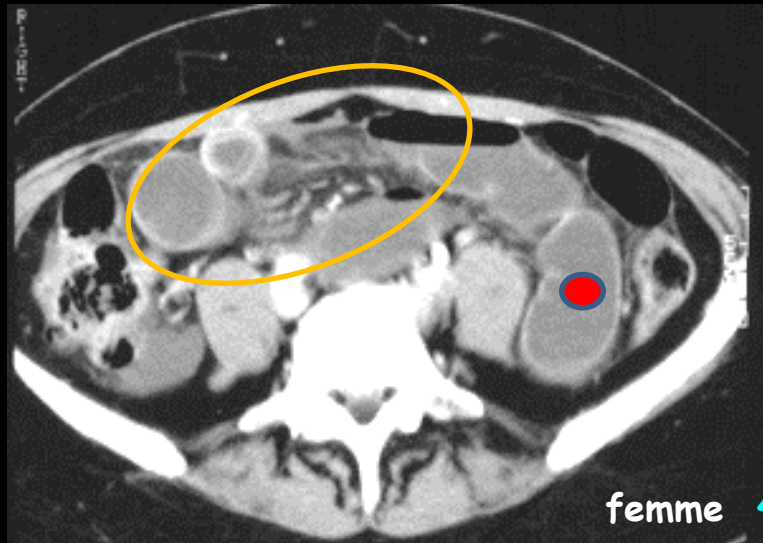
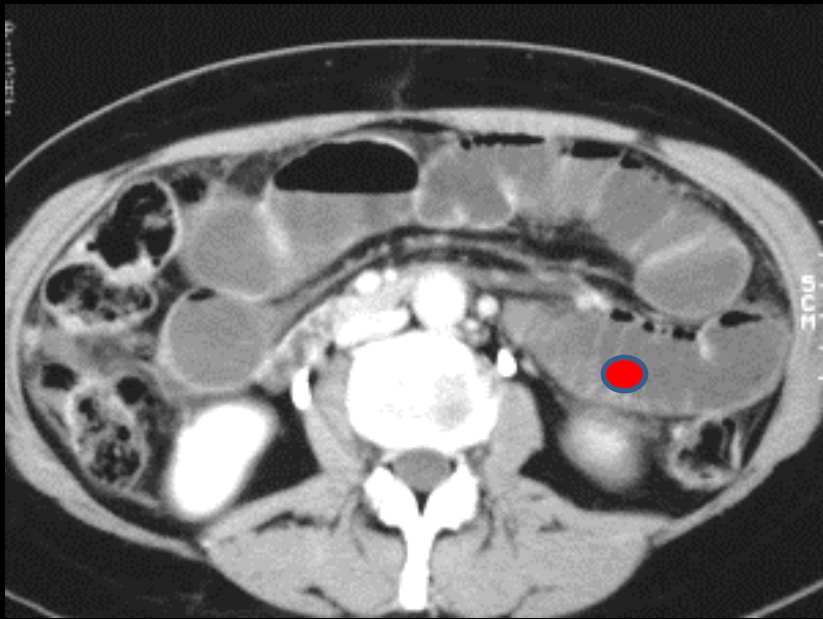
obs. CHU Nancy-Brabois

hernie du ligament large gauche



schéma d'une hernie interne du
ligament large droit

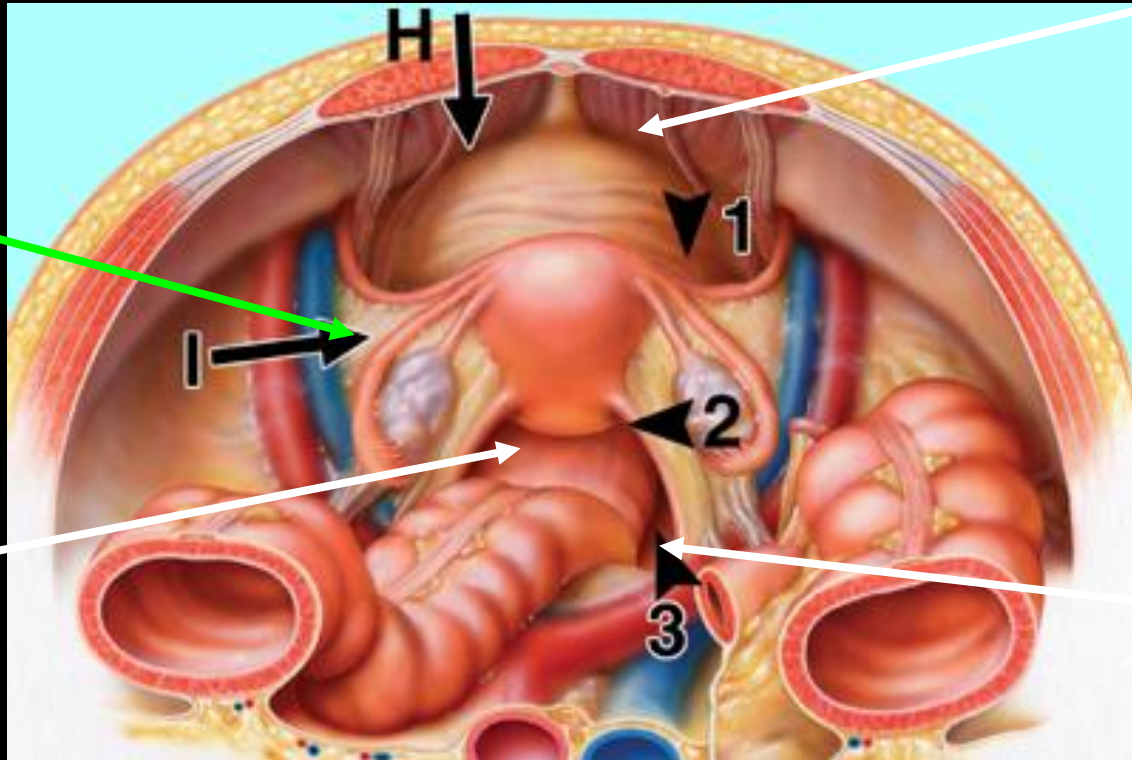
Les hernies internes de l'abdomen ,
à propos de 14 cas
D. GULLINO, O. GIORDANO, E.
GULLINO
J. Chir 1993,130,179-95



hernies internes pelviennes

hernies para vésicales

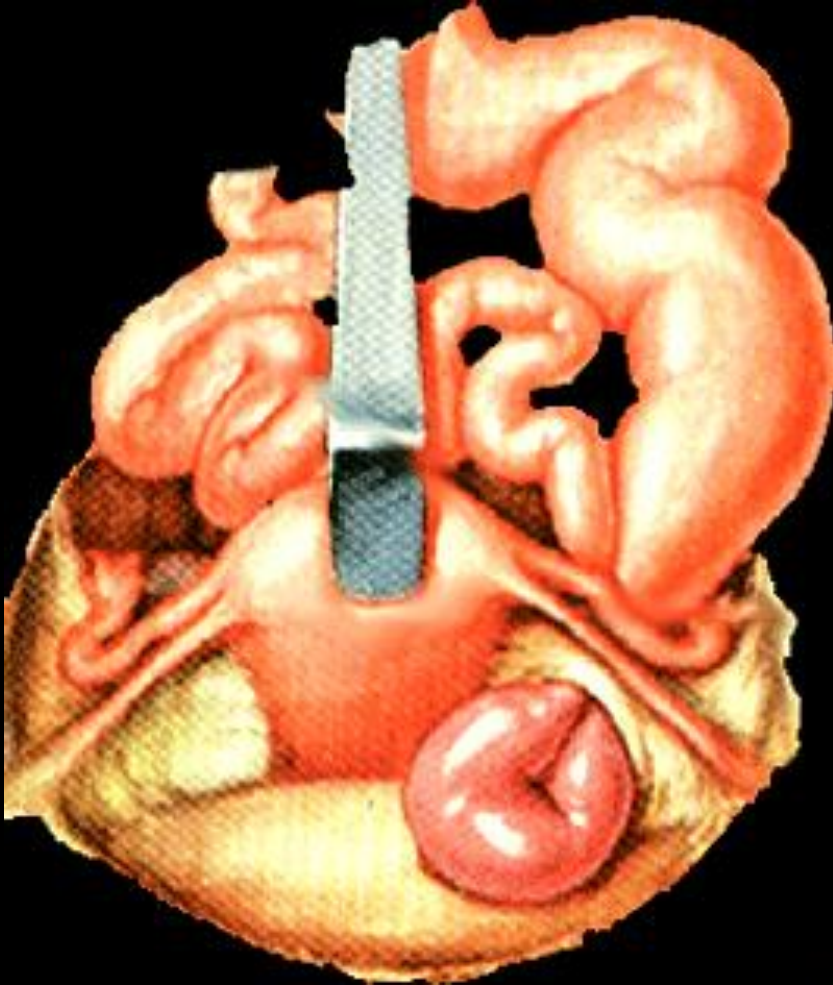
hernies du ligament large



hernies du cul de sac de Douglas

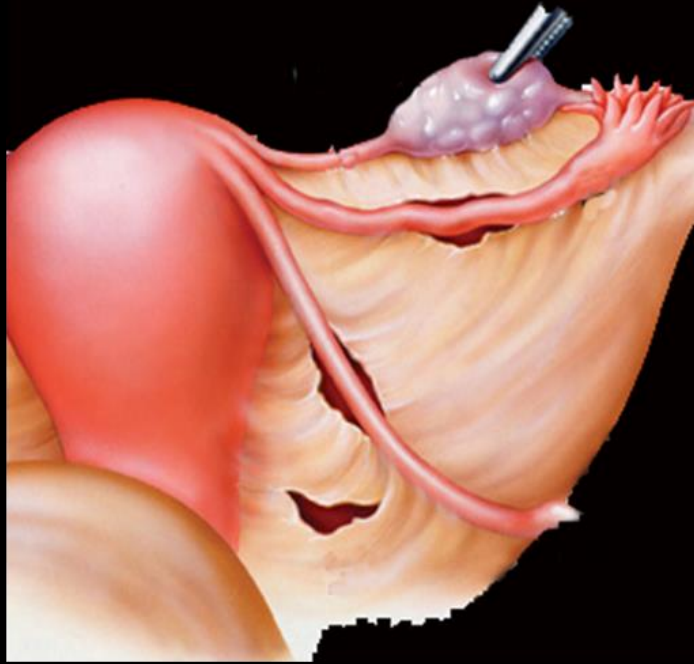
hernies de la fossette péri-rectale

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 défauts du ligament large.

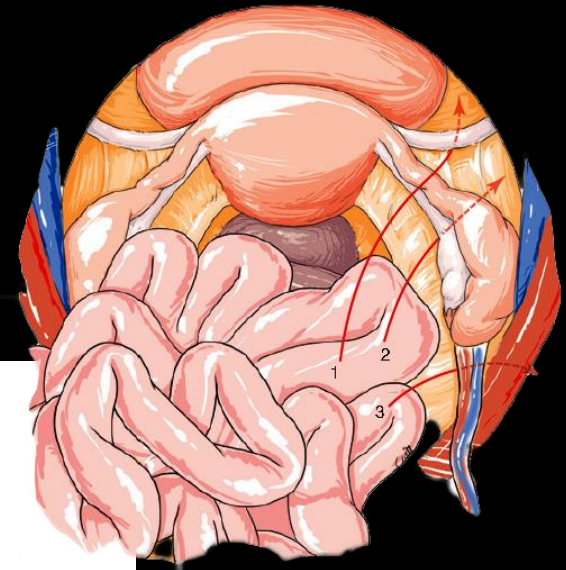
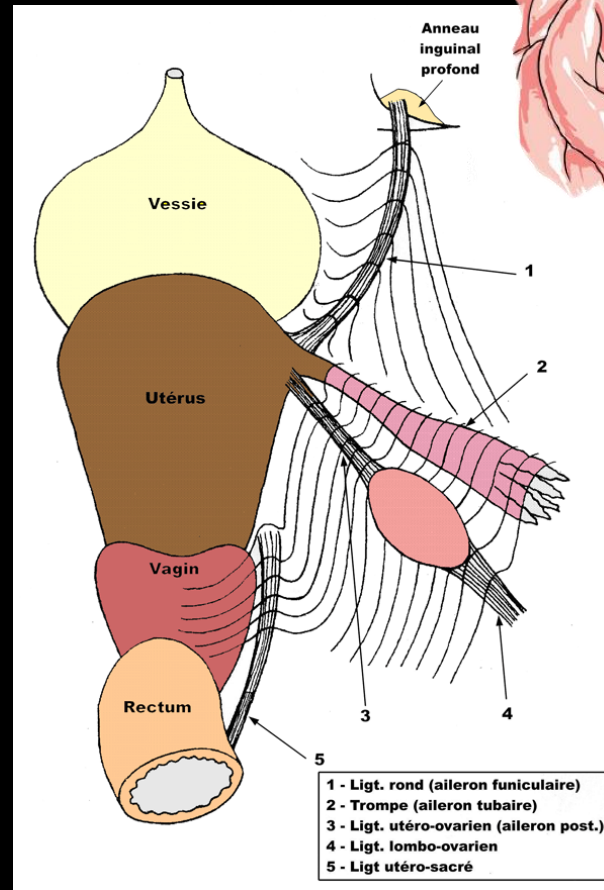
Généralement observées chez des femmes d'âge moyen, multipares et sans antécédents chirurgicaux pelvi-abdominaux, elles sont probablement pour la plupart consécutives à des défauts acquis du ligament large d'origine obstétricale, traumatique, infectieuse... en règle du côté gauche



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 défaut 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



le diagnostic peut être facilement évoqué par l'évaluation de la **position du point de convergence des plis et des vaisseaux méésentériques 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

