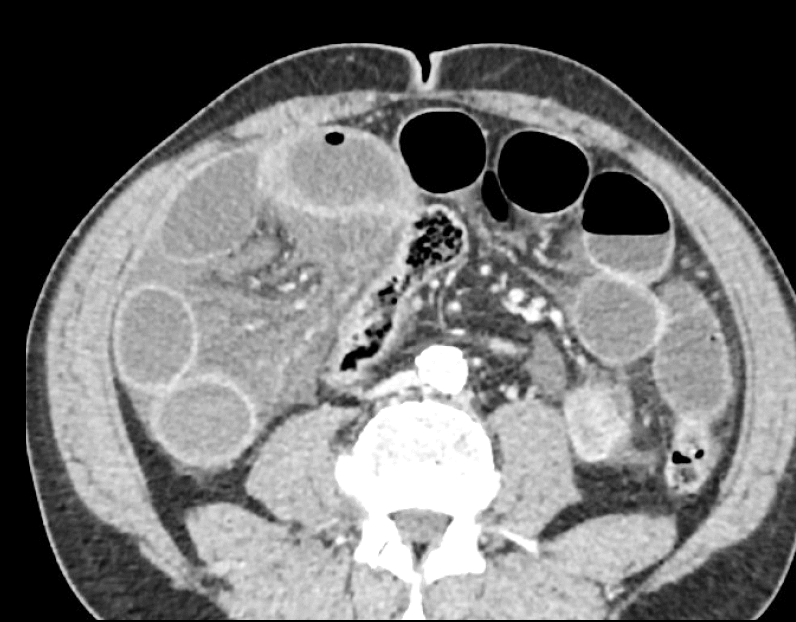
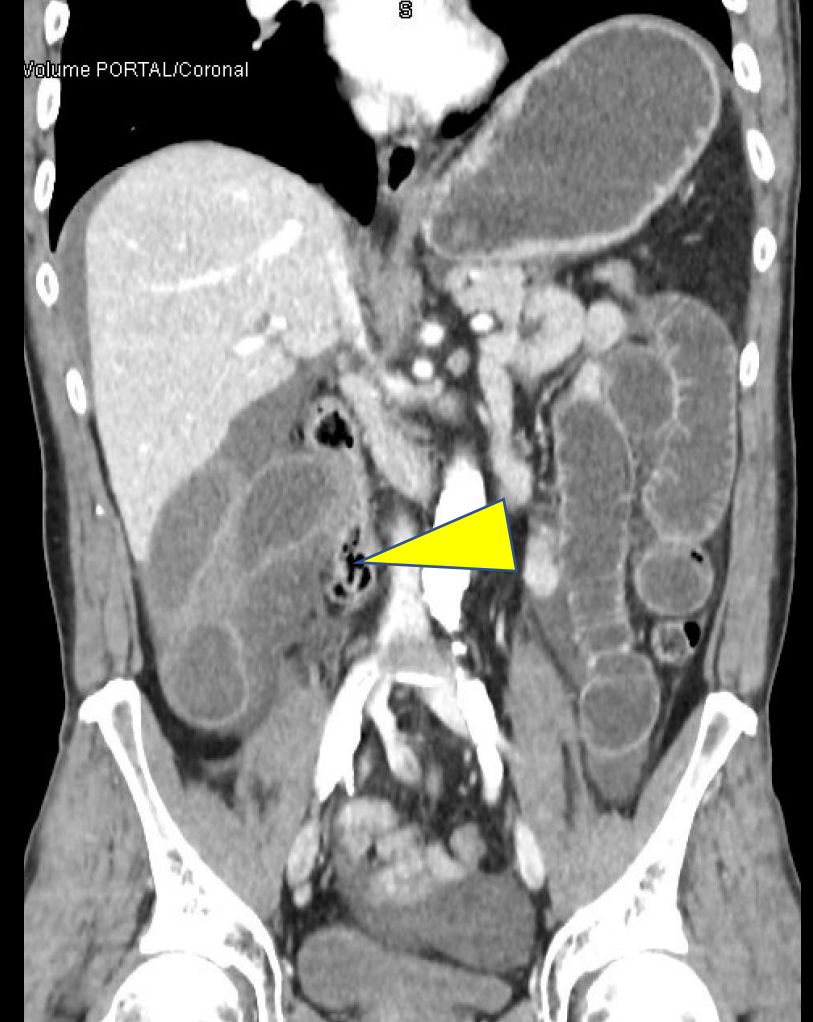
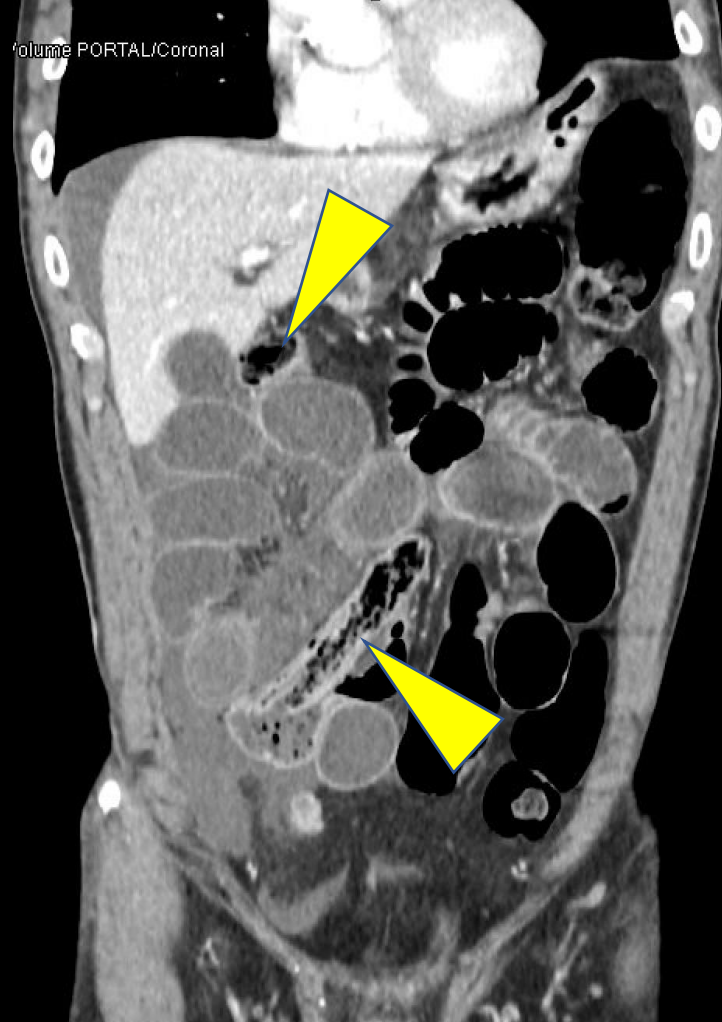


Homme 66 ans, **antécédent : appendicite aiguë**, maladie ulcéreuse gastrique traitée médicalement. **Syndrome douloureux aigu hyperalgique de la fosse iliaque droite d'allure occlusive**

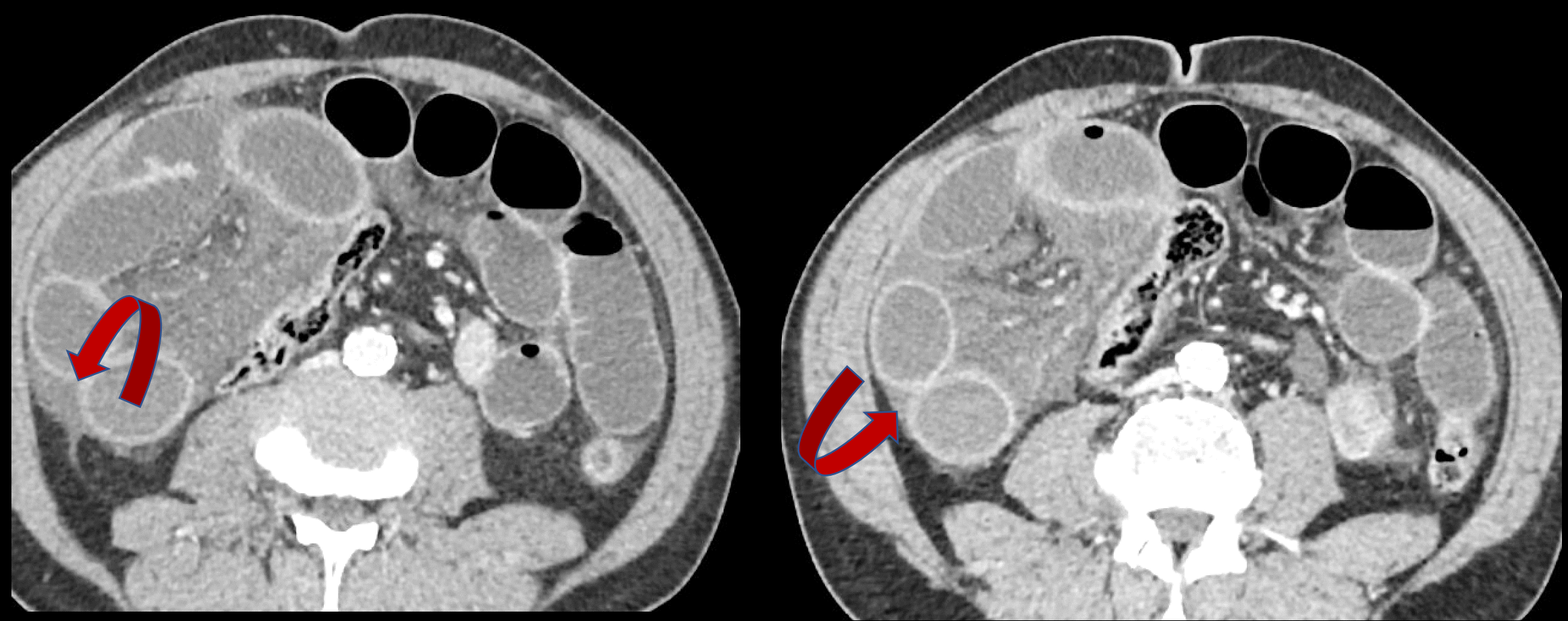


Quels sont les items sémiologiques scanographiques significatifs à retenir pour faire avancer le diagnostic ?

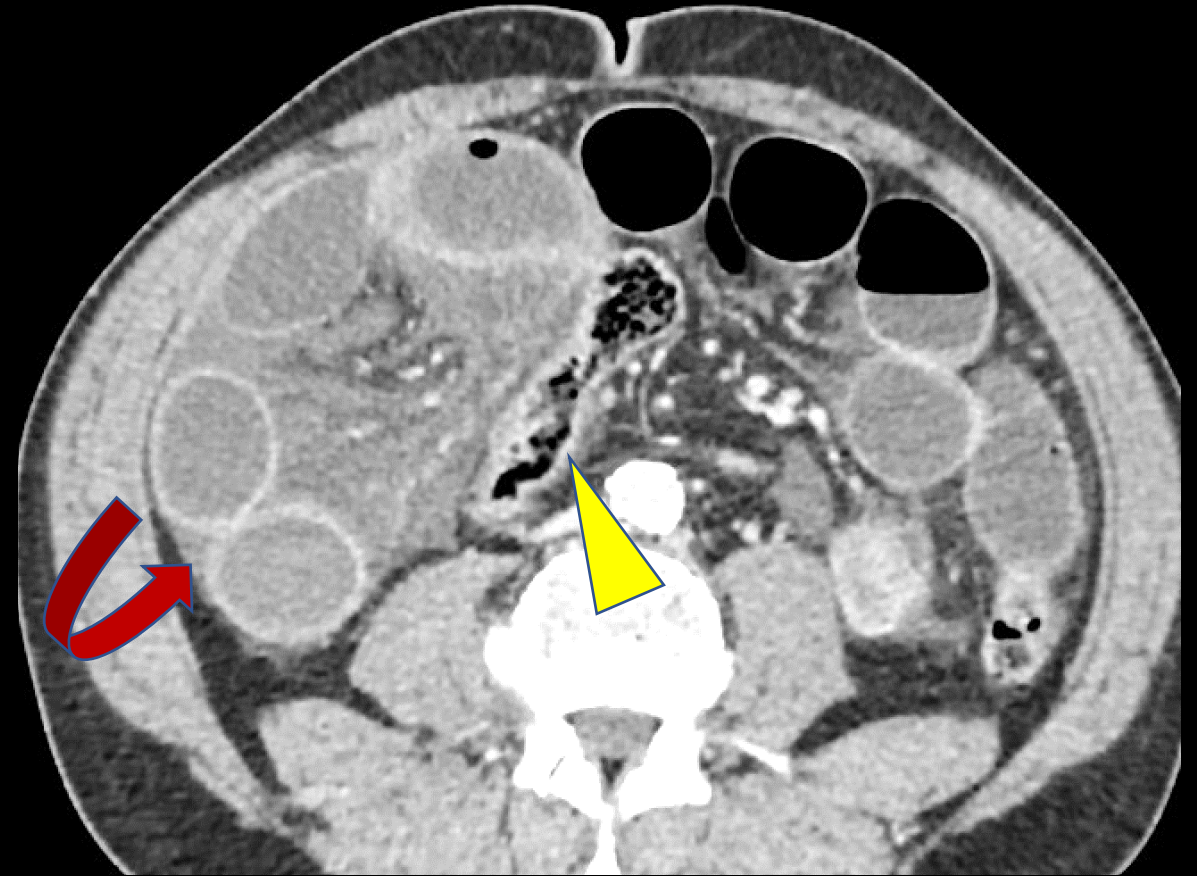
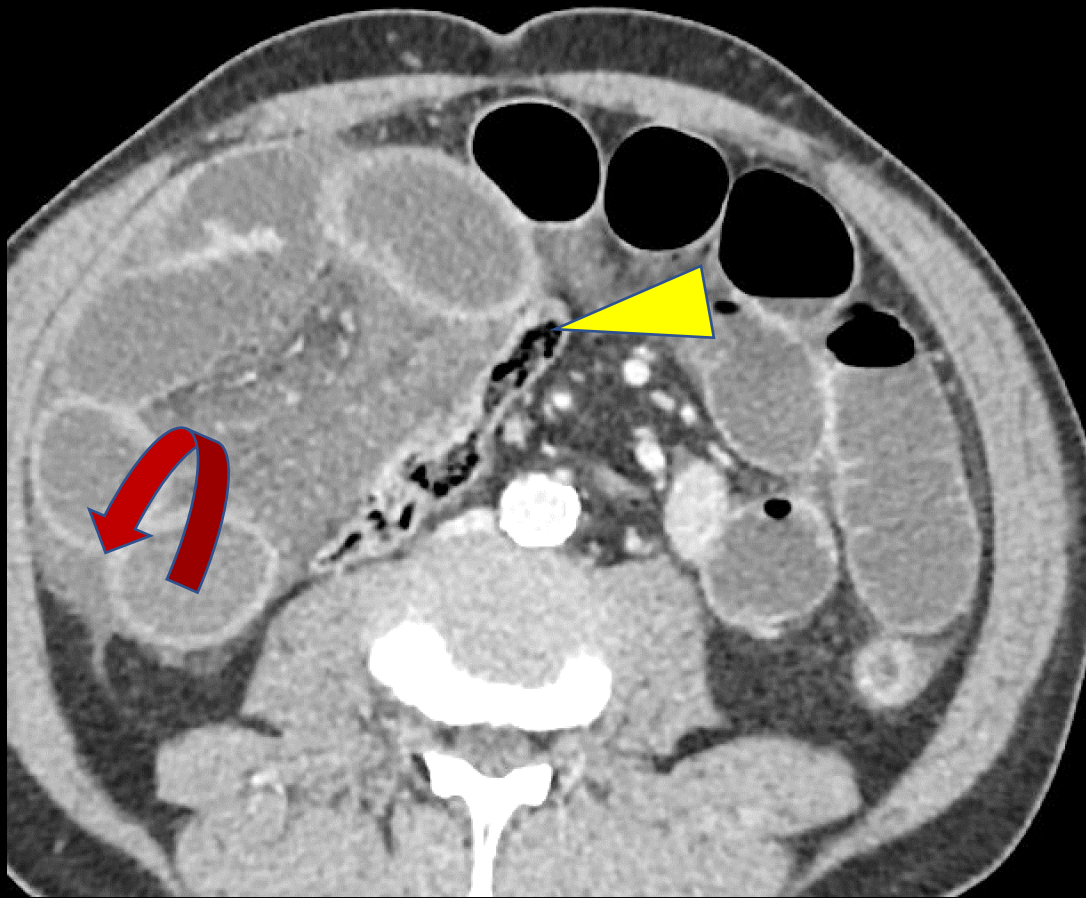




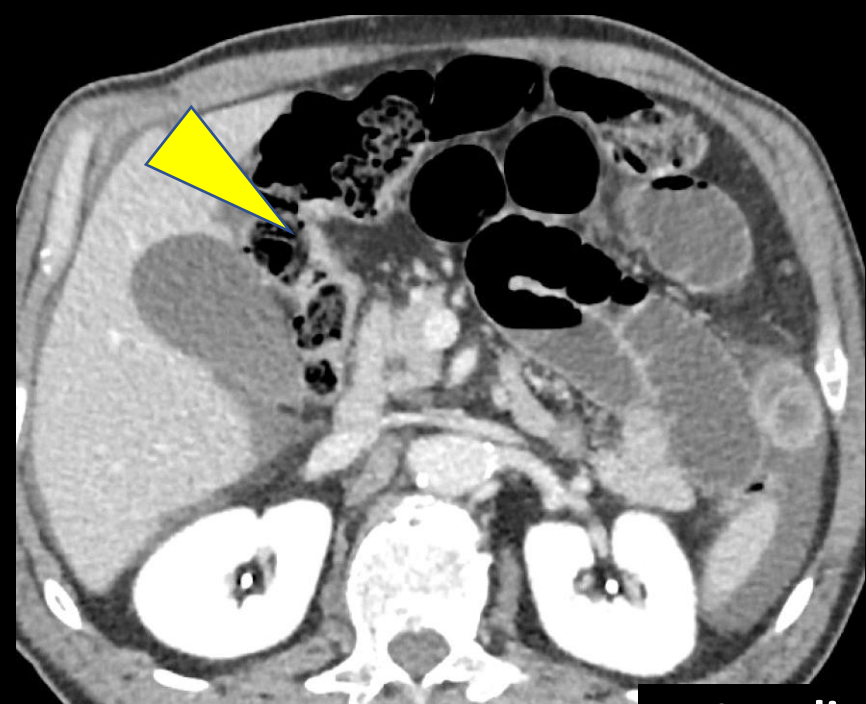
Le repérage du colon droit et du caecum et l'analyse de ses déplacements segmentaires sont des phases primordiales pour le diagnostic du mécanisme de l'obstruction , et en particulier la distinction entre volvulus sur bride et une des variétés de hernie interne abdominale comportant des anses grêles en distension liquidienne , en disposition radiaire dans le flanc et la fosse iliaque droits.



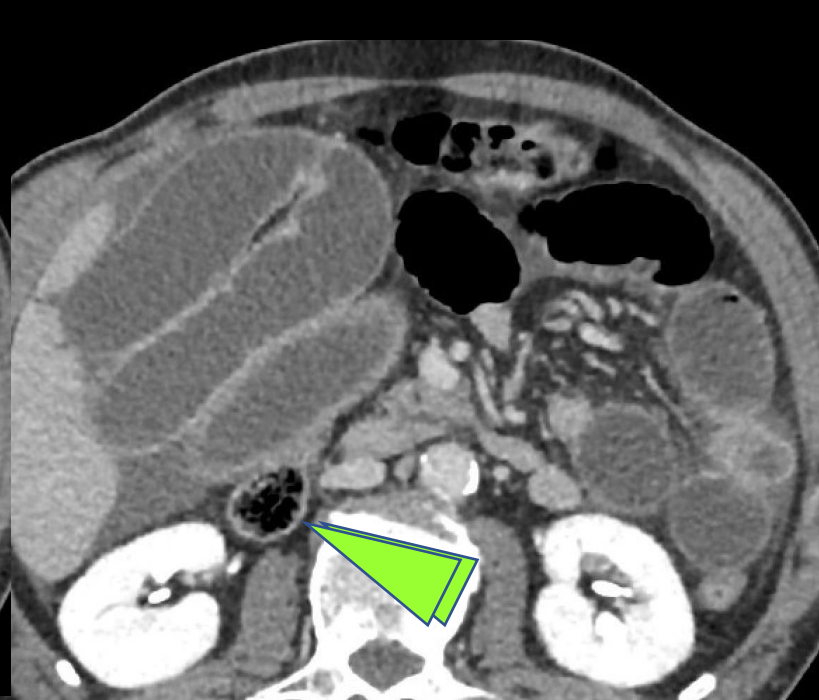
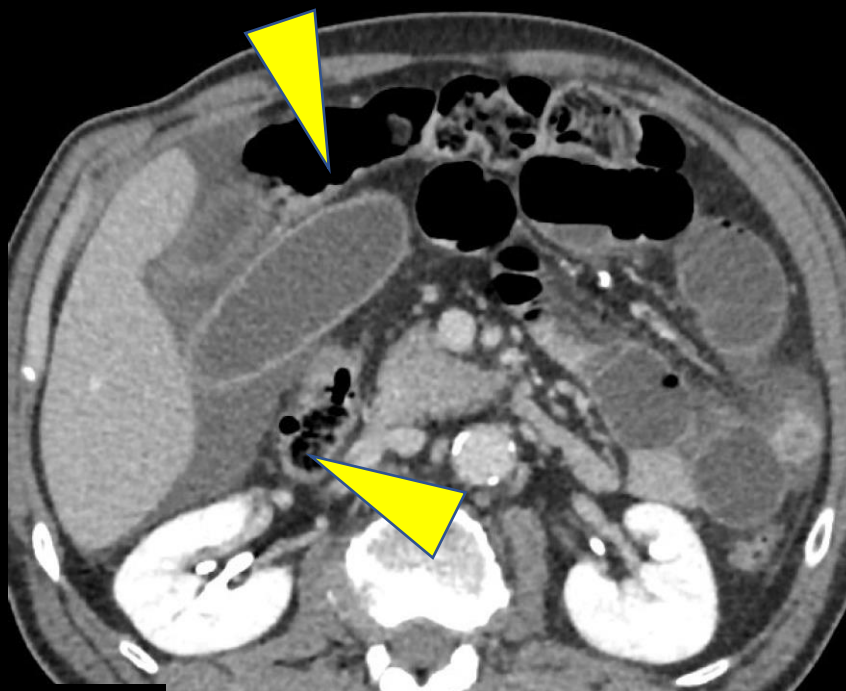
La **disposition "sac-like" des anses herniées** et le **silhouettage du sac par le liquide péritonéal** (flèche courbe rouge) permettent la différenciation entre **une hernie interne** qui est circonscrite dans un sac péritonéal (péritoine pariétal et/ou péritoine viscéral couvrant les parois des segments du tube digestif herniés) et un **volvulus sur bride** dans lequel la disposition radiaire des anses est proche, mais **avec un "signe du tourbillon"** (enroulement des vaisseaux du mésentère des anses volvulées sur au moins 360°)



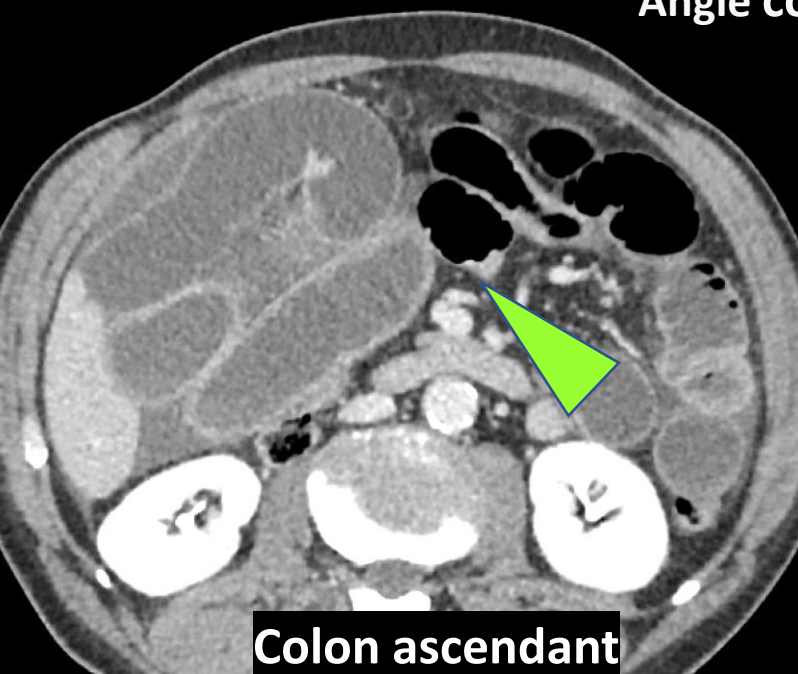
l'identification des segments coliques droits (et en particulier du caecum , du colon ascendant et de l'angle droit) au contact des anses grêles distendues et surtout l'analyse de leurs déplacements apporte des arguments précieux pour le diagnostic



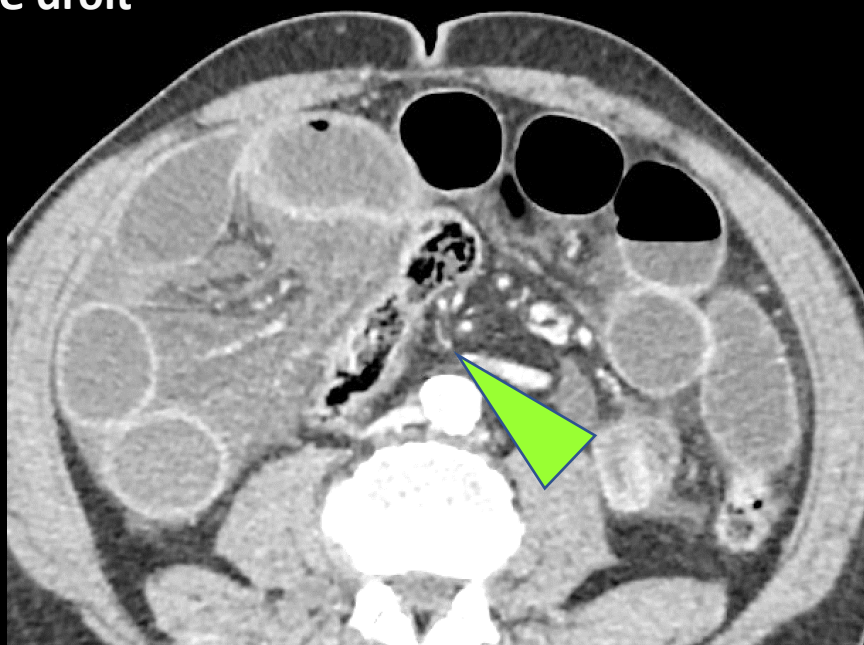
Angle colique droit

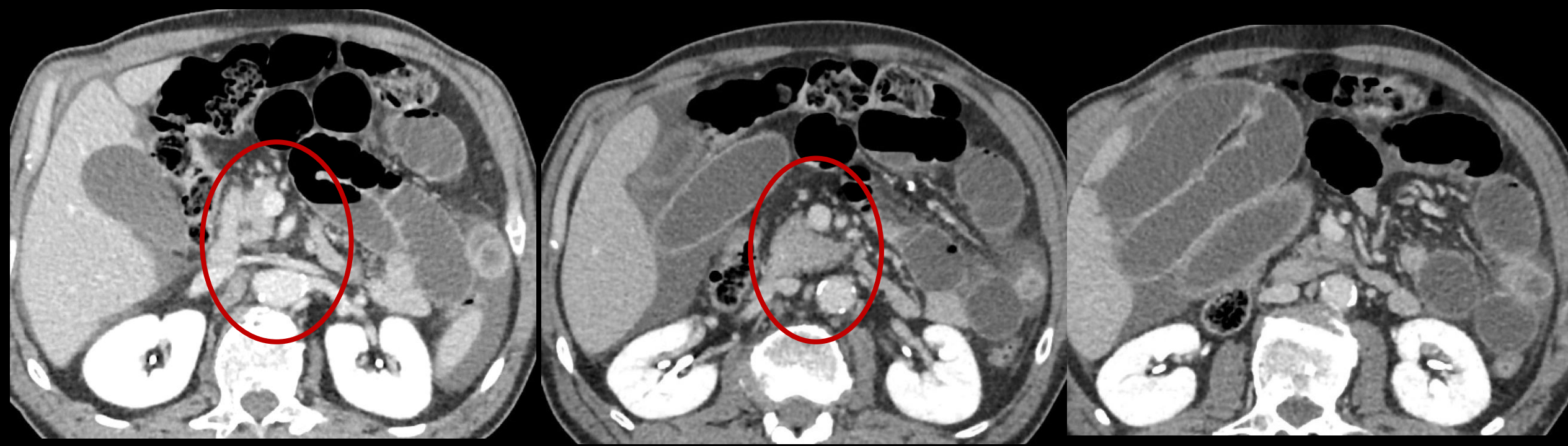


Colon ascendant

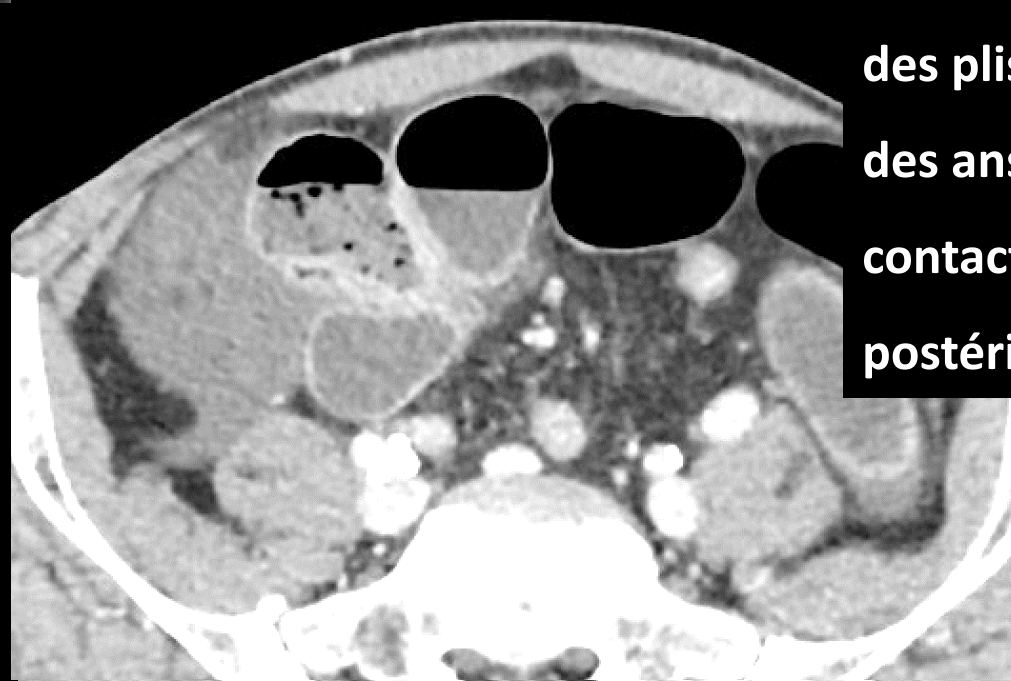
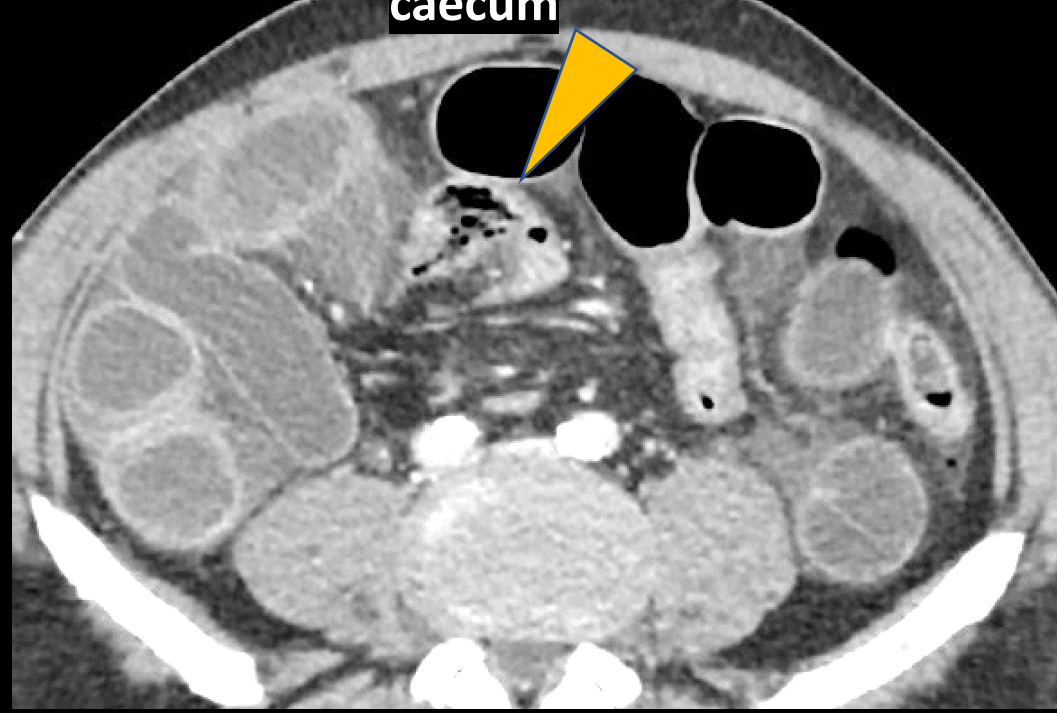
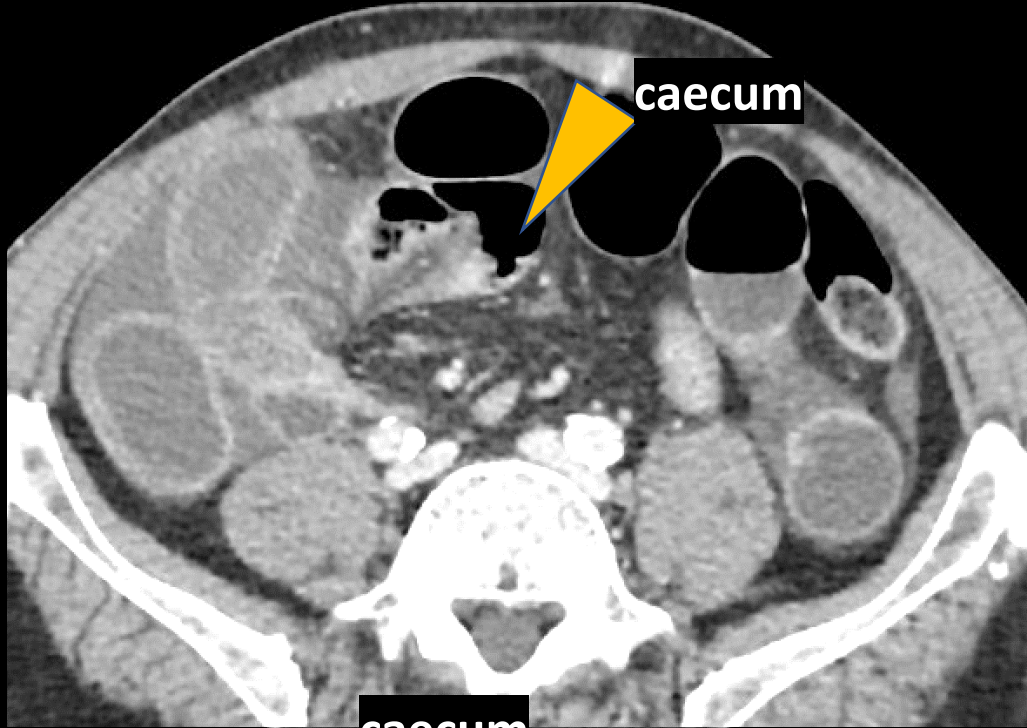


Colon ascendant

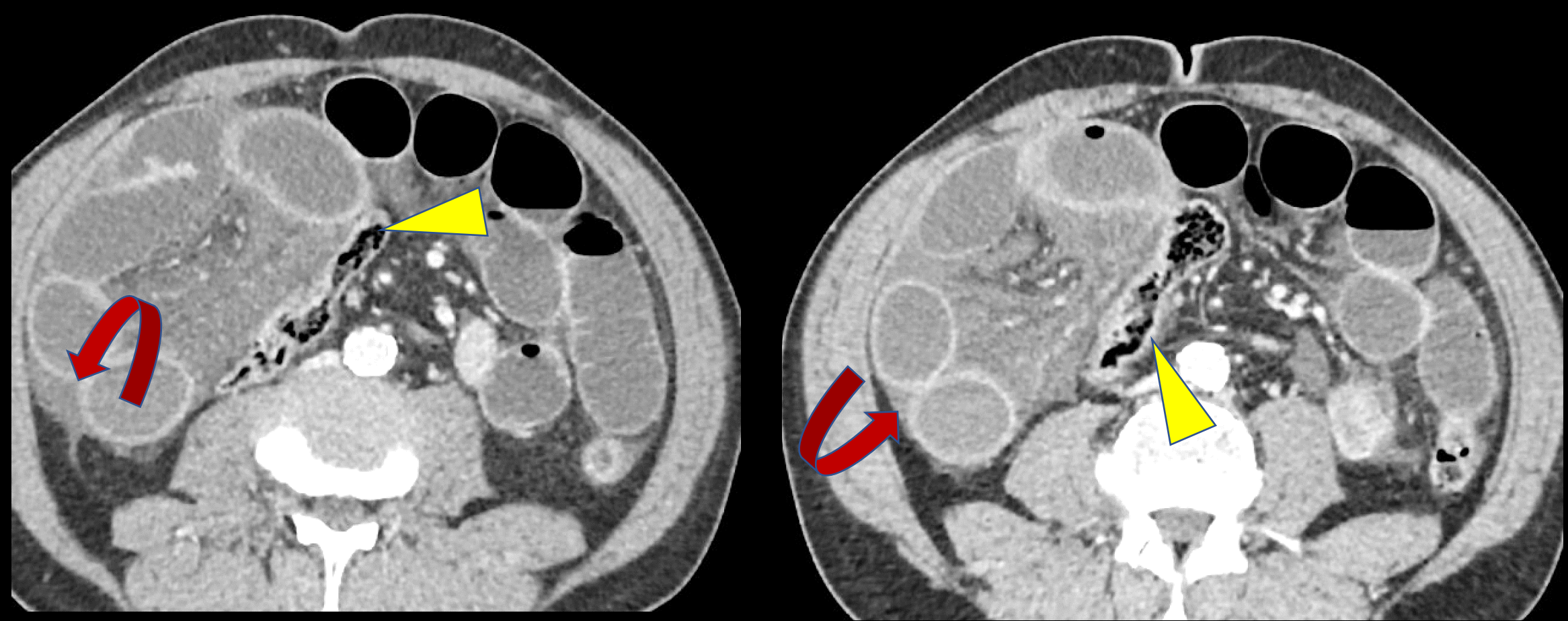




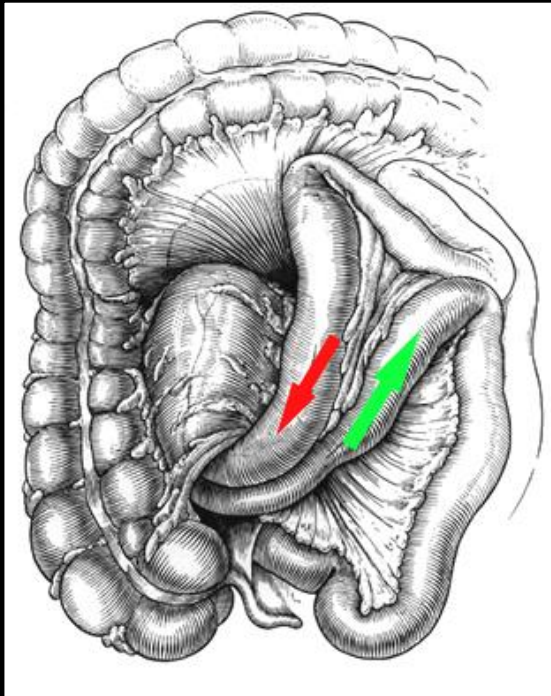
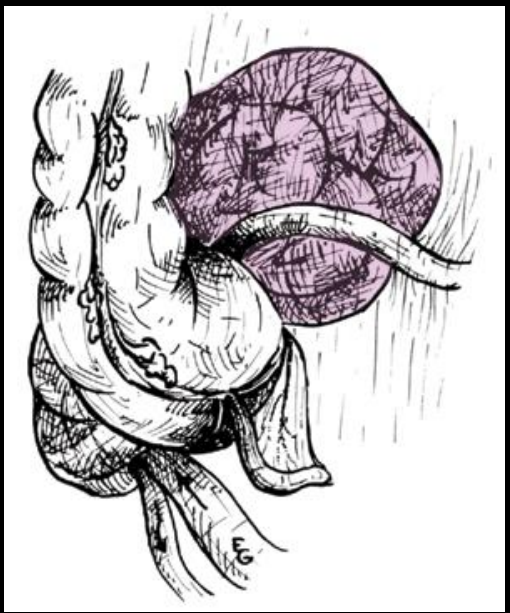
La pince aorto-mésentérique est normale: la distance séparant la face antérieure de l'aorte abdominale de la face postérieure du tronc de l'artère mésentérique supérieure est normale ; on peut donc éliminer l'hypothèse éventuelle d'une hernie paraduodénale droite par la fossette de Waldeyer



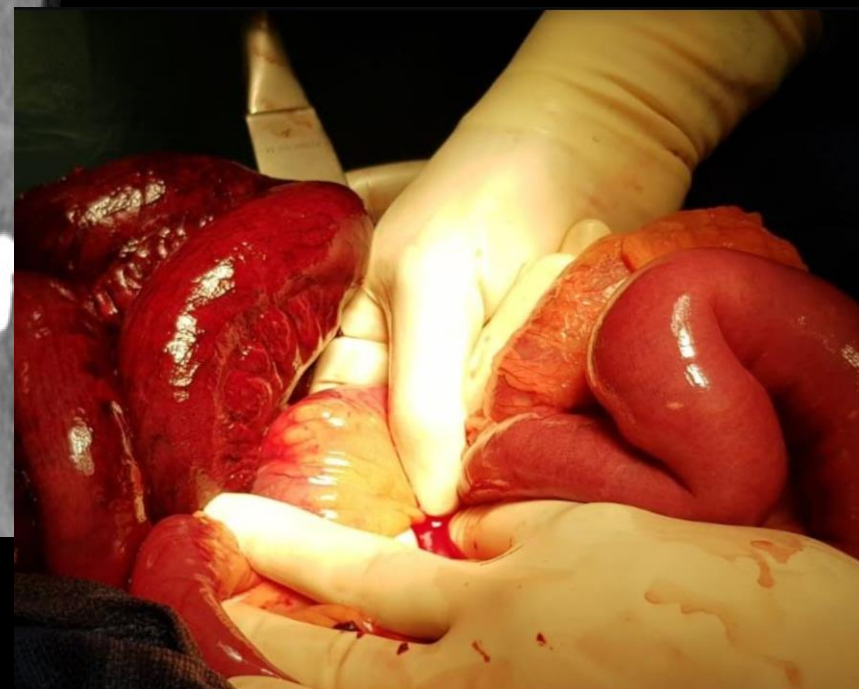
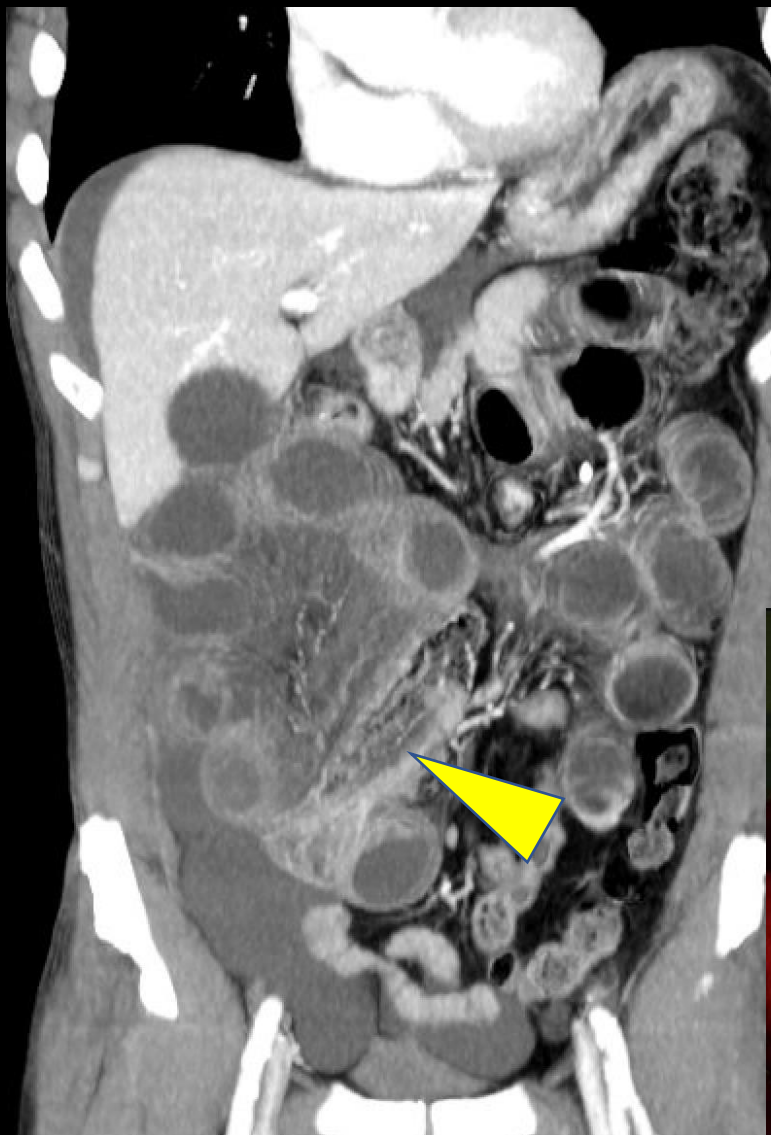
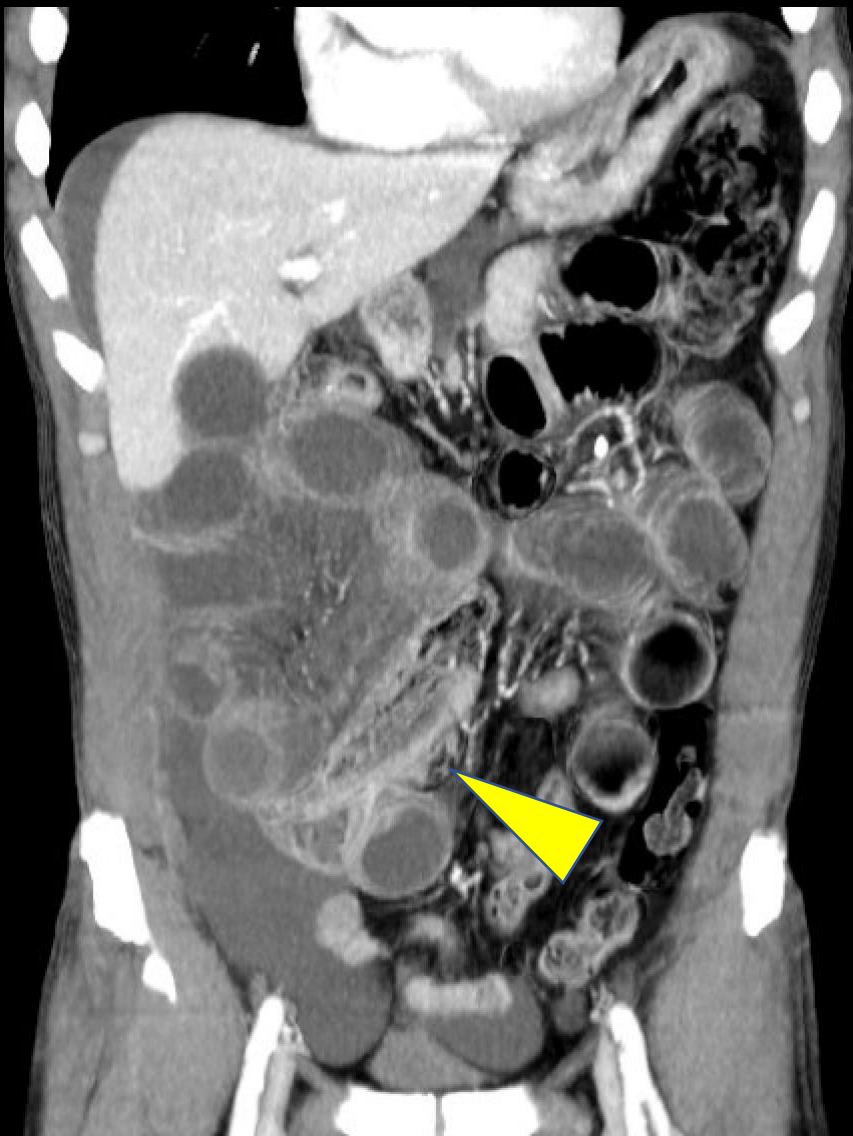
Le point de convergence
des plis méésentériques
des anses herniée est au
contact de la face
postérieure du caecum



La disposition "sac-like" des anses herniées et le silhouettage du sac par le liquide péritonéal permettent la différenciation entre une hernie interne et un volvulus sur bride



L'absence de signe du tourbillon (whirl sign) permet d'éliminer un volvulus sur bride ; il y a une convergence du mésentère des anses herniées vers la zone de striction du mésentère et de ses vaisseaux mais pas d'enroulement





Les coupes épaissies sont utiles pour apprécier le **degré d'ischémie** et le mécanisme dominant ;

- **ischémie veineuse** : parois circonférentiellement épaissies sur l'ensemble des anses ischémiées, œdème de leur mésentère, ascite abondante pouvant être hématique comme dans ce cas (sédimentation hyperdense dans le cul de sac de Douglas)
- **ischémie artérielle** : parois des anses ischémiées amincies, spontanément hyperdense (avant injection) non ou irrégulièrement rehaussée après injection





De profil on constate l'absence d'argument en faveur d'une hernie interne transméésentérique ou transépiploïque

Les anses distendues herniées ne sont pas plaquées sur la face profonde de la paroi abdominale antérieure

On n'observe pas de ""signe du champignon (mushroom sign) :

.chapeau du champignon =anses herniées distendues plaquées sur la face profonde de la paroi abdominale

-pied du champignon constitué par le mésentère des anses herniées et ses vaisseaux étiré entre la face profonde du chapeau et le rétropéritoine

Chez ce patient, l'intervention chirurgicale a confirmé le diagnostic de

hernie rétro-caecale

il faut insister sur le caractère impératif d'un post-traitement (Reformat) quadri-directionnel avec lecture "intelligente ", en MIP de coupes d'épaisseur optimisée, adaptée à l'analyse des modifications de la vascularisation induites par le processus herniaire .

Il est plus que probable que, de plus en plus, toute cette technique de lecture sera de façon systématique "augmentée" et sa précision accrue par la gestion des "big data" lorsque les "machines pensantes "qu'on nous promet auront fait disparaître les radiologue comme de vulgaires champions du monde de jeux d'échecs ou de Go !

Au total

- un syndrome occlusif aigu hyperalgique chez un sujet d'âge moyen , ayant des antécédents chirurgicaux infectieux de l'étage sous-mésocolique de l'abdomen ou du pelvis , même lointains oriente préférentiellement vers le diagnostic d'occlusion sur anse "fermée avec volvulus des anses herniées et strangulation vasculaire
- il faut pourtant penser aux causes plus rares ,en particulier aux hernies internes, pas toujours faciles à différencier des précédentes, même chirurgicalement, et a fortiori en imagerie.
- seule l'analyse systématique précise de "points-clés", surtout chez des sujets jeunes sans antécédents chirurgicaux abdomino-pelviens.