L'appendagite épiploïque : une cause mieux connue d'abdomen pseudo-chirurgical

M.-K. Moudden[a], S. Hasbi[b], A. Hommadi[c], L. Hadri[d], M. El Baaj[a]

a Service de médecine interne. Hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès.
b Service de chirurgie viscérale. Hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès.
c Service de Radiologie. Hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès.
d Pôle médical. Hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès.

Résumé

L'appendagite aiguë est une cause rare d'abdomen aigu. Le tableau clinique simule le plus souvent une diverticulite sigmoïdienne. Nous rapportons le cas d'un patient, âgé de 39 ans, qui s'est présenté aux urgences avec une douleur au niveau de la fosse iliaque gauche. Le scanner abdominal a permis de poser le diagnostic d'appendagite et de surseoir ainsi à une chirurgie, l'évolution était favorable sous antalgiques et anti-inflammatoires.

Mots-clés : Appendagite épiploïque. Douleur abdominale aiguë.

Abstract
AN EPIPLOIC APPENDAGITIS: A BETTER KNOWN CAUSE OF PSEUDO-SURGICAL ABDOMEN.

Acute appendagitis is a rare cause of high-pitched abdomen. Clinical pictures usually similates a sigmoiditis. We report the case of a 39 year-old patient who came to the Emergency Room complaining of a pain at the level of the left iliac pit. The abdominal scan made it possible to diagnose appendagitis and avoid any useless surgery.

Keywords: Epiploic appendagitis. Acute appendagitis.

Introduction

L'appendagite épiploïque est un syndrome réalisant une urgence abdominale aiguë, bien connue des chirurgiens, gastro-entérologues et radiologues, mieux appréhendée par les urgentistes, dont la connaissance mérite cependant encore d'être plus diffusée. Nous rapportons une nouvelle observation commentée.

Observation

Un patient, âgé de 39 ans, de nationalité sénégalaise, ayant dans ses antécédents un asthme bronchique, a consulté aux urgences pour une douleur de la fosse iliaque gauche d'installation brutale évoluant depuis 24 heures, cette douleur était intense à type de broiement sans irradiation particulière, elle n'était pas soulagée par le changement de position et il n'y avait pas de facteur déclenchant.

M.-K. MOUDDEN, colonel, professeur assistant. S. HASBI, commandant, professeur assistant. A. HOMMADI, commandant, professeur agrégé. L. HADRI, colonel, professeur, chef de service de gastro-entérologie et du pôle médical. M. El BAAJ, colonel, professeur agrégé, chef de service de médecine interne.
Correspondance : Monsieur le colonel M.-K. MOUDDEN, professeur assistant. Service de médecine interne, Hôpital militaire Moulay Ismail, BP S15 – Meknès, Maroc.
E-mail : mouddenkarim@yahoo.fr

L'interrogatoire ne rapportait pas de signes associés, particulièrement il n'y avait pas de nausées ou vomissements, de troubles de transit, urinaires ou de fièvre.

L'examen clinique objectivait un patient en bon état général avec un poids de 100 kg pour une taille de 1,86 m, la température était à 37°C, la pression artérielle s'inscrivait à 130/80 mmHg, la palpation de l'abdomen déclenchait une légère sensibilité au niveau de la fosse iliaque gauche et objectivait une légère défense localisée, les orifices herniaires étaient libres, le toucher rectal était normal et le reste de l'examen somatique sans particularités.

Le bilan biologique d'urgence montrait une leucocytose à 9 000/mm³ (PNN=5 000 /mm³), une CRP à 8 mg/l (N<10 mg/l) ; les transaminases et la lipasémie étaient normales. La bandelette urinaire ne montrait pas de nitrites. L'échographie abdominale n'était pas contributive du fait de la corpulence du patient et de l'interposition des gaz digestifs. Le scanner abdominal montrait la présence d'une formation oblongue paracolique gauche, de densité graisseuse hétérogène avec densification de la graisse mésentérique autour (fig. 1), évoquant une appendagite épiploïque. Le patient a été mis sous anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant une semaine en ambulatoire, l'évolution était jugée favorable avec disparition complète de la douleur au troisième jour.

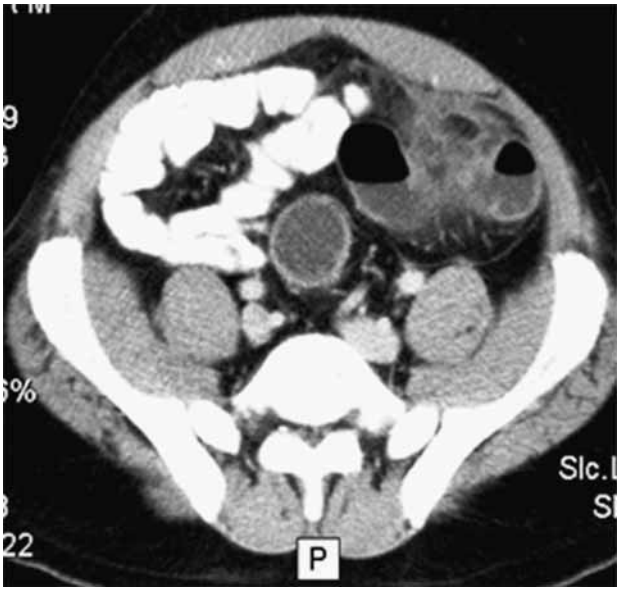


Figure 1. Coupe tomodensitométrique axiale avec injection de PC. Présence d'une formation oblongue paracolique gauche, de densité hétérogène avec densification de la graisse mésentérique autour.

Discussion

L'appendagite épiploïque se définit par un tableau douloureux abdominal avec défense localisée qui, selon sa localisation peut simuler une diverticulite sigmoïdienne, une appendicite. Cette symptomatologie est en rapport avec la torsion-nécrose d'une frange épiploïque (1). Cette dernière appelée aussi appendice épiploïque est une formation graisseuse sous péritonéale de petite taille (0,5 à 5 cm de longueur, 1 à 2 cm de largeur) formée par une duplication du péritoine viscéral recouvrant le colon. Elle est vascularisée par 1 ou 2 petites artérioles et drainée par 1 ou 2 veinules qui passent dans un pédicule étroit vers la base de la frange (1-4). On dénombre le long du colon environ 50 à 100 appendices épiploïques répartis comme suit : charnière recto-sigmoïdienne (57 %), région iléo-caecale (26 %), côlon ascendant (9 %), côlon transverse (6 %) et côlon descendant (2 %) (4). La vascularisation limitée, le caractère pédiculé et mobile de ces franges épiploïques favorisent la torsion sur leur axe, conduisant à une thrombose des vaisseaux, une ischémie puis une nécrose. Une thrombose des vaisseaux propres peut également survenir et induire les mêmes phénomènes d'ischémie et de nécrose (1, 2, 4). Lorsque la torsion ou la thrombose surviennent spontanément, l'appendagite épiploïque est dite primaire ; elle est dite secondaire quand elle résulte de la diffusion de l'inflammation des organes voisins (4). C'est une pathologie rare dont le diagnostic est souvent fait lors d'une laparotomie ou d'une cœlioscopie. Son incidence est probablement sous estimée (3). Elle atteint l'adulte jeune comme dans notre observation. L'âge moyen de survenue est de 35 ans avec un sex-ratio proche de 1. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques. La douleur est constante, elle peut être sourde ou à type de colique. La diarrhée est présente dans 25 % des cas, la fièvre modérée dans 15 % des cas (1). La palpation trouve une douleur intense voire une défense localisée ou un empâtement (1, 3). Parfois l'appendagite épiploïque se manifeste par des signes respiratoires lorsqu'elle siège sur le côlon transverse ou au niveau des angles coliques (1), et exceptionnellement peut simuler des tableaux cliniques d'appendicite ou cholécystite (1,4). Mais le tableau clinique le plus fréquent est celui d'une diverticulite sigmoïdienne comme dans cette observation, en raison de la localisation préférentielle des appendices épiploïques au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne (1, 3, 4).

Au plan biologique, il n'existe pas d'hyperleucocytose ni de syndrome inflammatoire, les perturbations de ces paramètres n'excluent pas par ailleurs le diagnostic (1,4).

L'échographie est peu performante pour le diagnostic chez les malades en surcharge pondérale, ce facteur étant par ailleurs décrit comme favorisant cette pathologie (1, 3, 4) comme chez notre patient (IMC 28,9 kg/m²). Elle peut montrer une masse hyperéchogène, ovoïde non compressible, dans la zone douloureuse, entourée d'un halo périphérique hypoéchogène (3). Le scanner hélicoïdal est l'examen de choix pour une certitude diagnostique et évite une chirurgie inutile. Il montre comme chez notre patient une masse adjacente au côlon, oblongue en « navette » ou parfois ronde, de densité discrètement supérieure à la graisse péritonéale normale, cernée d'un liseré hyperdense (1 mm) qui traduit l'inflammation de la séreuse et associée à une infiltration de la graisse périphérique. Une hyperdensité centrale (dot sign) peut être parfois distinguée, correspondant à la visualisation du thrombus veineux (1, 2, 4). Les signes négatifs sont l'absence de diverticulose

colique, de signes d'inflammation et d'épanchement intra-abdominal (1, 3).

L'imagerie par résonance magnétique ne s'impose pas d'un point de vue diagnostique et montre une image ovale de signal graisseux en séquences pondérées T1 et T2. Cette lésion est mieux visible après injection de gadolinium aux temps tardifs en séquence pondérée T1 avec saturation du signal de la graisse qui montre une prise de contraste en périphérie de la frange épiploïque (1).

L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement médical, à base d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens qui entraînent une régression des signes cliniques et tomodensitométriques (3, 4). En cas de persistance de la symptomatologie douloureuse, de récidive ou de survenue de complications à type d'abcès ou d'occlusion intestinale, le traitement chirurgical s'impose. La cœlioscopie est l'intervention à privilégier, car elle réduit la morbidité pariétale et raccourcit la durée d'hospitalisation (2, 4).

Conclusion

L'appendagite épiploïque est une cause mieux connue d'abdomen pseudo-chirurgical. La tomodensitométrie est l'examen de choix pour le diagnostic de certitude permettant d'éviter une chirurgie inutile et onéreuse (5).

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Kianmanech R, Abdullah B, Scaringi S, Leroy C, Ocdernaud S, Chabanne S, et al. Appendagite epiploique primitive : un diagnostic non chirurgical souvent méconnu. Presse Med 2007; 36:247-50.
2. Baadh AS, Singh S, Graham RE.A mysterious cause of a surgical abdomen. The Journal of Emergency Medicine 2013; 44:336-9.
3. Bonnefoy S, Corberand D, Sinayoko L, Harnois F, Mennecier D, Thiolet C. Appendagite épiploique primitive : à propos d'un cas. Gastroentérol Clin Biol 2008; 32:1092-4.
4. Kras E, Brun A, Bertrand B, Luigi S. Appendagite : un diagnostic différentiel d'abdomen chirurgical aigu. Presse Med 2013; 42: 357-60.
5. Schnedl WJ, Krause R, Tafeit E, Tillich M, Lipp RW, Wallner-Liebmann SJ. Insights into epiploic appendagitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2011; 8 :45-9.


sfetb
Société Française d'Etude et de Traitement des Brûlures
SFETB
34e Congrès
11, 12 et 13 juin 2014
Toulon
THÈMES PRINCIPAUX :
Les brûlures de la région orbito-palpébrale
Les troubles de la coagulation et transfusion
Mercredi 11 juin, Journée de l'urgence pré-hospitalière
Pré-Programme
www.sfetb.org