Pratique clinique

Diagnostics trompeurs de tableaux cliniques abdominaux fréquents en médecine des forces

À propos de deux cas cliniques

H. DE MARTÈNE[(1)], T. COLLÉONY[(2)], L. AIGLE[(3)], H. MAARSA[(4)], B. LAVENIR[(5)]

(1) Centre Médico-Chirurgical InterArmées, Djibouti
(2, 3) Écoles Militaires de Santé, École de Santé des Armées, Lyon-Bron
(4) 9e Centre Médical des Armées, 148e Antenne Médicale, Hyères
(5) 10e Centre Médical des Armées, 155e Antenne Médicale, Carpiagne

Auteur correspondant : hugues.de-martene@intradef.gouv.fr

Open access DOI
10.17184/eac.7483

Reçu
le 29 janvier 2019

Accepté
le 14 décembre 2022

Publié
le 6 mars 2023

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé : La pratique de la médecine en situation isolée, en opération extérieure comme dans les centres médicaux des forces pré-positionnées, peut s'avérer être un exercice délicat. Un tableau clinique typique ne doit pas faire poser un diagnostic présomptif de façon irrévocable. Le respect des recommandations de bonnes pratiques doit rester la règle, permettant de redresser certains diagnostiques rares.
Nous rapportons deux tableaux cliniques abdominaux rencontrés fréquemment en soins primaires. L'un est une douleur aiguë de la fosse lombaire avec hématurie microscopique et l'autre est une douleur de la fosse iliaque gauche. Les diagnostiques n'ont pas été ceux escomptés par la présentation clinique et l'argument de fréquence. Ce qui apparaissait comme une crise de colique néphrétique s'est révélée être un hématome spontané de la surrénale, tandis que la suspicion de diverticulite colique était en fait une appendagite épiploïque. Malgré les difficultés d'accès aux examens complémentaires, le suivi des recommandations en termes d'imagerie permet de redresser le diagnostic, sans nécessairement modifier la prise en charge, du moins initialement.

Mots-clés : Appendagite. Diagnostic. Hématome surrénalien. Soins primaires.

Abstract: MISLEADING DIAGNOSIS OF TYPICAL CLINICAL ABDOMINAL CASE IN MILITARY PRIMARY CARE: ABOUT TWO CASES
Practicing medicine in isolated environments, such as battlefields and front-line military medical centers, can be a deli-

cate matter. A typical clinical picture should not result in a presumptive and irrevocable diagnosis. Following current guidelines should remain the rule, allowing rare diagnoses. This report features two cases of abdominal pain frequently met in primary care. The first one is a lumbar fossa acute pain with microscopic hematuria, whilst the other is a left iliac fossa pain. In both cases, the final diagnoses were not those expected in the first place based on frequency and the seemingly obvious clinical presentation. The first case mimicked an acute nephritic colic when it was a suprarenal gland spontaneous hematoma. The second one could have been mistaken for a diverticular colic but was in fact an epiploic appendage. Despite the limited access to paraclinical investigations, following guidelines regarding imaging makes it possible to correct the diagnosis, sometimes without treatment modification being necessary, at least initially.

Keywords: Appendalgitis. Diagnosis. Suprarenal hematoma. Primary care

Introduction

Les douleurs abdominales sont un motif fréquent et souvent bénin de consultation en soins primaires. En poste isolé, le diagnostic est principalement clinique et un traitement d'épreuve est souvent initié. Et, c'est devant une atypie ou un échec du traitement de première intention, que des examens complémentaires sont demandés.

Parmi ces tableaux, la douleur aiguë de la fosse lombaire évocatrice d'une crise de colique néphrétique comme la douleur aiguë parfois fébrile de la fosse iliaque évocatrice d'une diverticulite colique (à gauche) ou d'une appendicite (à droite) sont des motifs relativement fréquents de consultation en médecine des forces. Ces diagnostics ne doivent pas être posés de façon intempestive, notamment si le tableau clinico-biologique n'est pas limpide. Ils nécessiteront toujours une évaluation morphologique dès que possible, à la recherche des éventuelles complications, mais surtout des rares diagnostics différentiels. En effet, l'hématome spontané de la surrénale peut se présenter comme une douleur de la fosse lombaire. C'est un diagnostic peu connu des cliniciens et rarement abordé dans la littérature, mais dont la gravité potentielle justifie notre retour d'expérience. Par ailleurs, l'appendagite qui se présente habituellement comme une douleur isolée de la fosse iliaque, est lui aussi un diagnostic peu fréquent et dont le traitement est généralement simplement médical. Voici donc deux cas cliniques trompeurs de tableaux abdominaux aigus permettant de mieux connaître ces diagnostics différentiels potentiels que sont l'hématome spontané de la surrénale et l'appendagite épiploïque.

Situation clinique N° 1

Un homme de 48 ans a consulté pour une violente douleur de la fosse lombaire gauche, permanente, progressant sur 36 heures, irradiant vers les organes génitaux externes, sans facteur déclenchant notamment traumatique. Le patient a évalué sa douleur à 7/10 sur l'échelle visuelle analogique. Dans ses antécédents est retenue une hémorragie méningée 22 ans auparavant pour laquelle aucune étiologie favorisante n'avait été retrouvée, ainsi qu'une hypertension artérielle essentielle traitée par inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

À l'examen clinique, la fosse lombaire gauche était douloureuse à l'ébranlement, le reste de l'abdomen était souple et indolore. Le patient ne présentait ni fièvre, ni signe fonctionnel urinaire. La bandelette urinaire retrouvait une hématurie microscopique isolée à une croix.

Devant ce tableau clinique évocateur d'une crise de colique néphrétique, un traitement intraveineux associant des antalgiques (de palier 2 puis 3), un anti-inflammatoire et un anti-spasmodique a été instauré.

La biologie initiale n'a pas montré de syndrome infectieux, de déglobulisation ou d'insuffisance rénale. L'ionogramme sanguin était par ailleurs normal. Conformément aux recommandations, une imagerie a été réalisée (1). L'échographie s'est avérée être le plus rapidement accessible en milieu isolé et a finalement infirmé le diagnostic suspecté pour ne retrouver qu'une masse hyperéchogène suprarénale gauche. Le scanner injecté réalisé en urgence a confirmé cette image surrénalienne homogène, ne prenant pas le contraste, de 51 X 50 X 60 mm, compatible avec un hématome de la surrénale (fig. 1). La recherche d'une cause sous-jacente en milieu spécialisé à type de coagulopathie, de tumeur sécrétante de la surrénale ou de lésion néoplasique s'avérant négative, le diagnostic d'hématome spontané (ou idiopathique) de la surrénale a été retenu. En l'absence de saignement actif, le patient a bénéficié d'une surveillance clinique et scanographique simple, jusqu'à régression complète de l'hématome sur l'imagerie de contrôle réalisée à un an.

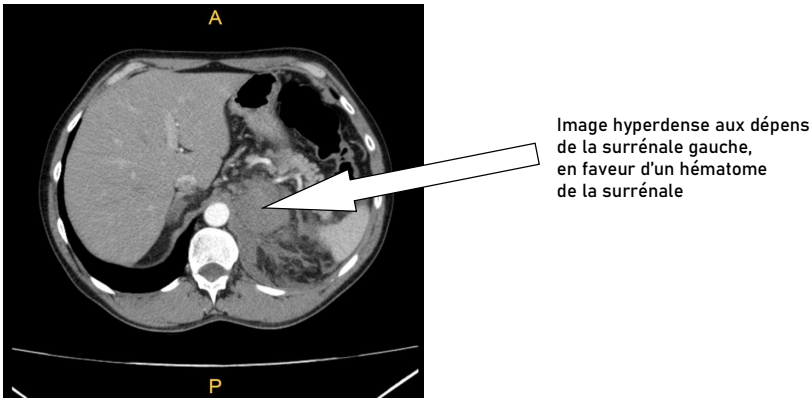


Fig. 1 : Scanner abdominal avec injection de produit de contraste iodé

Discussion 1

La plupart des hématomes surrénaliens sont secondaires à un processus tumoral (angiomyolipome, adénome, phéochromocytome, métastase surrénalienne), un traumatisme violent, un stress aigu (complication de grossesse, chirurgie), un sepsis (notamment à méningocoques) ou secondaire à des troubles de la coagulation (coagulation intravasculaire disséminée, syndrome des anti-phospholipides, traitement anticoagulant notamment thrombopénie induite à l'héparine (2). En l'absence de ces différentes causes, l'hématome spontané ou idiopathique surrénalien est évoqué comme diagnostic d'élimination (3).

La physiopathologie des hématomes surrénaliens s'explique par la vascularisation très dense de la surrénale, formant un plexus sous capsulaire qui se draine dans les sinusoïdes médullaires veineux, proportionnellement moins nombreux. Ainsi, les catécholamines produites par la surrénale en cas de stress aigu agissent localement sur ses propres vaisseaux, à l'origine de vasoconstriction et de microthromboses pouvant provoquer des saignements par rupture de ces vaisseaux (4).

L'évolution naturelle d'un hématome spontané se fait vers la kystisation, voire la disparition.

Il peut survenir des hématomes bilatéraux, pour lesquels le traitement d'une potentielle insuffisance surrénalienne aiguë est urgente (5).

Le traitement de l'hématome spontané de la surrénale de cause idiopathique est le repos strict, associé à un traitement symptomatique ; la surrénalectomie d'hémostase n'étant envisagée qu'en cas de symptômes invalidants ou de saignements persistants (6). Du fait de la fréquence de l'origine tumorale, certains auteurs préconisent une surrénalectomie systématique afin d'anéantir le risque de récidive et de ne pas laisser évoluer une tumeur surrénalienne passée initialement inaperçue (7). Dans tous les cas, la recherche d'une cause secondaire est systématique avec, au minimum, un scanner abdominal injecté, une recherche d'un cancer primaire à distance, le dosage de dérivés méthoxylés et le dépistage d'une coagulopathie constitutionnelle ou acquise (8).

Situation clinique N° 2

Il s'agit d'un patient âgé de 49 ans ayant consulté pour une douleur de la fosse iliaque gauche évoluant depuis 48 heures.

Parmi ses antécédents, on retrouvait une chirurgie par laparotomie pour hernie inguinale bilatérale à l'âge de 42 ans avec hernie de la ligne blanche séquellaire, ainsi qu'une obésité de stade 1 avec répartition androïde de la masse grasse.

Il présentait une fébricule à 38 °C, sans nausées ni vomissement, mais s'inquiétait d'un arrêt des matières sans arrêt des gaz depuis 24h, avec un transit habituel strictement calibré à deux selles quotidiennes.

À l'examen clinique, l'abdomen était pléthorique avec une défense apprivoisable de la fosse iliaque gauche, très localisée, associée à une sensibilité à la moindre pression abdominale en regard du point douloureux. Il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie et les bruits hydro-aériques étaient normalement perçus.

Biologiquement, on notait une discrète hyperleucocytose prédominante sur les polynucléaires neutrophiles avec 12 680 PNN/mm^3, une CRP augmentée à 17 mg/L, un bilan hépatique en faveur d'une stéatose hépatique sous-jacente, associant des ASAT à 36 UI/L, des ALAT à 64 UI/L et des GGT à 98 UI/L. Devant la suspicion de diverticulite colique qui est le diagnostic de choix à évoquer devant ce tableau clinique, au vu du terrain, une imagerie a pu être réalisée conformément aux recommandations de l'HAS (9).

Le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste iodé, a mis en évidence une stase stercorale sur dolichocôlon, associée à une infiltration de la graisse péricolique et péritonéale sans épaississement pariétal du sigmoïde ou du côlon descendant (fig. 2).

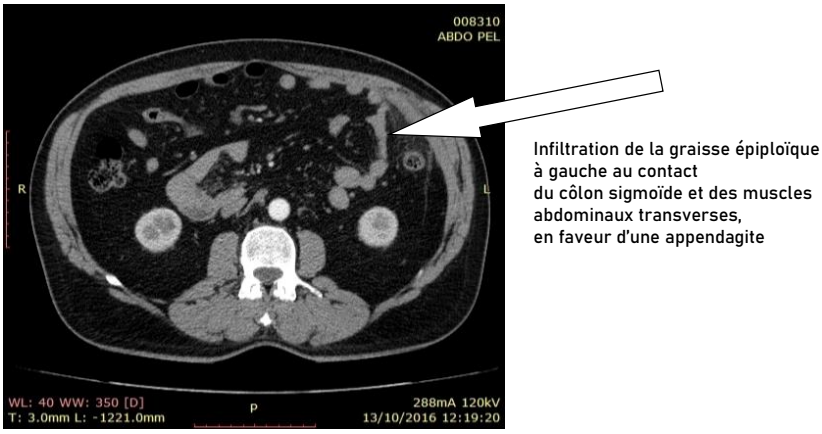


Fig. 2 : Scanner abdominal avec injection de produit de contraste iodé

Le diagnostic d'appendagite (ou nécrose / inflammation épiploïque) est alors évoqué.

La mise sous anti-inflammatoire non stéroïdien par voie orale a permis une régression lente mais totale de la symptomatologie en moins d'une semaine. Aucune hospitalisation, ni contrôle scannographique n'a été nécessaire.

Discussion 2

Les appendices épiploïques sont des formations graisseuses sous péritonéales. Elles sont comme des doigts de tissu adipeux d'environ 3 cm de long, répartis principalement en regard du sigmoïde et du cæcum. Leur vascularisation terminale les rend plus sensibles à la nécrose et les prédispose aux phénomènes de torsion ou d'inflammation, regroupés sous le terme d'appendagite (10).

L'appendagite épiploïque primitive est une pathologie rare, mais représente probablement 1 à 2 % des diagnostics différentiels des appendicites et des diverticulites coliques (11). Il existe une légère prépondérance de cette affection chez les hommes, notamment en surpoids et d'âge moyen de 40 ans (12).

Le signe cardinal est une douleur abdominale des fosses iliaques droite ou gauche, d'allure élective, associée à une masse sous pariétale parfois palpable, rarement couplée à des troubles du transit (constipation, nausées, anorexie…) et potentiellement subfébrile.

Biologiquement, un discret syndrome inflammatoire peut être retrouvé (13).

C'est la tomodensitométrie qui signe le diagnostic, en rendant visibles les franges épiploïques par le halo inflammatoire qui les entoure. L'échographie peut être mise en défaut pour affirmer ce diagnostic (14). De très rares complications potentielles sont à surveiller telles des adhérences aux viscères responsables d'occlusion intestinale ou la formation d'abcès aux dépens de l'appendice épiploïque incriminé (15).

Conclusion

Ces observations cliniques rappellent l'importance de l'imagerie systématique devant un tableau de colique néphrétique ou de sigmoïdite, non seulement pour rechercher une complication ou un facteur de gravité, mais surtout pour ne pas méconnaître les rares diagnostics différentiels. Ceci est d'autant plus vrai lorsque le traitement étiologique présomptif rapidement initié n'apporte pas la preuve de son efficacité.

La présentation clinique d'un hématome spontané de la surrénale est souvent similaire à celle d'une crise de colique néphrétique, mais elle peut s'associer à un choc hémorragique en cas de saignement actif nécessitant une prise en charge chirurgicale ou en radiologie interventionnelle en urgence. De même, l'appendagite est une étiologie rare de tableau d'abdomen aigu dont le diagnostic a connu son avènement grâce à la tomodensitométrie, permettant *de facto* un traitement conservateur simple sans avoir à porter de diagnostic en peropératoire.

Même en situation isolée, sans retarder la prise en charge thérapeutique syndromique, il faut se donner les moyens de réaliser une imagerie si le tableau clinique le justifie : cela permet parfois de relever le diagnostic et souvent d'adapter la prise en charge. C'est notamment dans cet optique que le Service de santé des armées tente de doter tous les postes isolés d'un échographe portable (type VSCAN) qui nécessiterait cependant une formation très poussée pour permettre de rectifier les diagnostics évoqués dans cet article. La présence de scanners progressivement déployés sur les *Roles* 2 de théâtre contribue également à l'amélioration des pratiques.

Remerciements aux linguistes relecteurs : Camille de Lambilly et Jean Godron.

Références

1. European Association of Urology Guidelines editions 2017 ; Türk C, Petřík A, Sarica K, *et al.* EAU guidelines on diagnosis and conservative management of urolithiasis. *Eur Urol.* 2016 ;69 :468-474.

2. Dhawan N, Bodukam VK, Thakur K, Singh A, Jenkins D, Bahl J. Idiopathic bilateral adrenal hemorrhage in a 63-year-old male : a case report and review of the literature. *Case Rep Urol* 2015 ;2015 :503-638.

3. Hitomi I, Moji M, Takuo Y *et al.* Idiopathic unilateral adrenal hemorrhage in an elderly patient. Endoc 2010 ;37 :249-252.

4. Marti JL, Millet J, Sosa JA, Roman SA, Carling T, Udelsman R. Spontaneus adrenal haemorrhage with associated masses : etiology and management in 6 cases and a review of 133 reported cases. World J Surg 2012 ;36 :75-82.

5. Simon DR, Pelase MA. Clinical update on the management of adrenal haemorrhage. Curr Urol Rep 2009 ;10 :78-83.

6. Davidiuka AJ, Thield DD. Retroperitoneal hematoma secondary to inferior adrenal artery spontaneous hemorrage. Can J Urol 2015 ;22(6) :8105-8107.

7. Bolat D, Sen V, Degirmenci T, Aydogdu O, Bozkurt IH *et al.* Spontaneus unilateral adrenal hemorrhage. J urol Res 2016 ;3(2) :1050.

8. Abdullah KG, Stilzlein RN, Tallman TA. Isolated adrenal hematoma presenting as acute right upper quadrant pain. J Emerg Med 2012 ;43 :215-217.

9. Recommandation de bonnes pratiques : Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique novembre 2017. Haute Autorité de Santé. Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique (en ligne). Novembre 2017. : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/fs_diverticulite_v5.pdf

10. Concannon E, Hogan A, Khan W. Primary Omental Infarction. A rare cause of acute abdominal pain. Clinical and Experimental sciences. Vol 1. 2013(5) :233-240.

11. Ammar H, Looney S, Malani A. Epiploic appendagitis. Lancet 2009 ;373 :2054.

12. Sand M, Gelos M, Bechara F *et al.* Epiploic appendagitis-clinical characteristics of un uncommon surgical diagnosis. BMC Surgery 2007 ;7 :11.

13. Maghrbi H, Slama H, Ksantini R *et al.* Appendagite épiploïque primitive : A propos de 5 cas. Pan african medical Journal 2015 ;20 :4.

14. Gomez MA, Bretagnol F. Les appendagites épiploïques primitives : un diagnostic radiologique. *J Chir* 2002 ;139 :328-331.

15. Éric L. Legome, Austin L. Belton, Robert E. Murray *et al.* Epiploic appendagitis : the emergency department presentation. The Journal of Emergency Medicine, 2002, vol. 22, n° 1, 9-13.