Pratique clinique

Un cas frangement tordu !

C. NGUYEN DAC[(1)], E. SENCE[(2)], R. GRACA[(3)], A. WOJTECKI[(4)]

(1,3,4) 2e Centre Médical des Armées, 132e Antenne Médicale, Évreux
(2) École du Val-de-Grâce, Paris

Auteur correspondant : christelle.nguyendac@gmail.com

Open access DOI
10.17184/eac.9573

Reçu
le 21 décembre 2023

Accepté
le 3 septembre 2024

Publié
le 8 septembre 2025

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

Les propos tenus dans cet article n'engagent que les auteurs et ne sauraient être considérés comme constituant la position officielle du Service de santé des armées.

Résumé :
L'appendagite est une pathologie digestive peu fréquente mimant un tableau clinique et parfois biologique d'appendicite aiguë. Cette pathologie plus répandue chez les hommes apparaît le plus souvent entre 40 et 50 ans. Le diagnostic est évoqué à l'aide d'un scanner abdomino-pelvien injecté mettant en évidence une inflammation de l'appendice épiploïque, sous forme d'un aspect dit du « ring sign » à l'imagerie.
Le traitement est médical et repose sur des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques. La connaissance de cette entité permet d'éviter le recours à une chirurgie abdominale et un rapatriement sanitaire aux militaires en opération.

Mots-clés : Anti-inflammatoires non stéroïdiens. Appendagite. Douleur abdominale. Scanner abdomino-pelvien. Médecine d'armée.

Abstract:
A KNOTTED CASE!
Appendagitis is a rare digestive disorder mimicking the clinical and sometimes biochemical symptoms of acute appendicitis. This predominantly male pathology usually appears between the ages of 40 and 50. Diagnosis typically involves contrast-enhanced abdominopelvic CT scans, which highlight "ring-sign" type inflammation of the epiploic appendix.
Medical treatment primarily consists of non-steroidal anti-inflammatory drugs and analgesics. Prior knowledge of this condition aids in circumventing unnecessary abdominal surgeries and medical evacuations for deployed service members.

Keywords: Abdominal CT scan. Abdominal pain. Appendagitis. Non-steroidal anti-inflammatory drug. Military medicine.

Introduction

L'appendagite aiguë est une torsion de frange ou d'appendice épiploïque colique provoquant une nécrose ischémique et une inflammation locale (1). Il s'agit d'une pathologie rare, avec une incidence de 8,8 cas par million d'habitants par an (2), qui ne doit pas être méconnue car son diagnostic devant un tableau de syndrome abdominal aigu permet d'éviter le recours à une chirurgie digestive dont le rapport bénéfice-risque est défavorable, avec un impact majeur en contexte opérationnel.

1 Observation

Une femme de 57 ans a été admise aux urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy à Clamart, pour une douleur abdominale localisée en fosse iliaque droite évoluant depuis 48h, majorée depuis le soir même sans facteur déclenchant retrouvé. Elle avait pour antécédents une obésité grade 2 (Indice de Masse Corporelle à 35,2 kg/m^2), un diabète de type 2 sous metformine et sitagliptine, une dyslipidémie et des épisodes de diverticulite sigmoïdienne, dont le dernier s'était compliqué d'un abcès traité par bi-antibiothérapie neuf mois avant les symptômes actuels. À l'interrogatoire, la patiente décrivait une douleur intense en fosse iliaque droite, évoluant par pics sur un fond douloureux constant, sans irradiation et non reproduite à l'ébranlement lombaire. Les accès de douleur aiguë étaient responsables de nausées sans vomissements. La patiente ne présentait pas de trouble du transit, ni de signe fonctionnel urinaire associé. À son arrivée, les paramètres vitaux étaient : température à 38,5° C avec des frissons, tension artérielle à 136/67 mmHg, fréquence cardiaque à 95/min, douleur évaluée par échelle numérique à 6/10. L'examen clinique retrouvait un franc psoïtis, une défense en flanc et fosse iliaque droite, avec un signe de Bloomberg positif et des bruits hydro-aériques conservés.

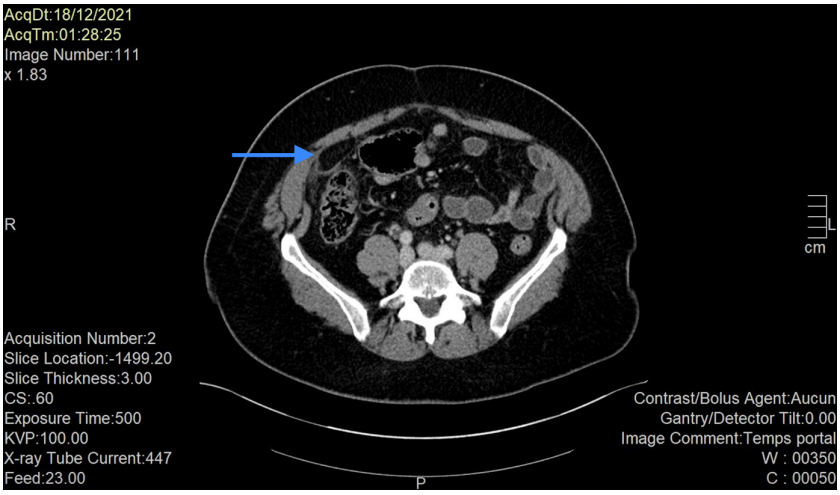


Fig. 1 : Image scanographique avec injection de produit de contraste de l'appendagite (la flèche indique une image en navette, avec infiltration de la graisse postérieure)

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire modéré, avec une hyperleucocytose à polynucléaires à neutrophiles (PNN) (leucocytes : 12,8 G/L ; PNN : 8,6 G/L) et une *C-reactive protein* (CRP) à 14,6 mg/L.
Il n'y avait pas de cytolyse hépatique, ni de cholestase. La lipasémie était normale.
La bandelette urinaire était normale (absence de leucocytes, de sang ou de nitrites).
Devant ce tableau évocateur de syndrome abdominal aigu, le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste retrouvait une image de densité graisseuse en « navette », péritonéale antérieure du flanc droit avec un fin épaississement du péritoine pariétal en regard et une discrète infiltration de la graisse adjacente en faveur d'une appendagite (figure 1).
La patiente a bénéficié d'un traitement symptomatique par antalgique de palier 1 et 2 : elle a pu ainsi regagner son domicile le soir même.

2 Discussion

L'appendagite aiguë est une pathologie peu fréquente en médecine d'urgence, dont la clinique aspécifique peut mimer diverses pathologies comme une diverticulite sigmoïdienne, une cholécystite aiguë et, plus rarement, une appendicite aiguë (3,4).

Un appendice épiploïque est une structure sous-séreuse, pédiculée, siégeant au niveau de la surface externe du colon et recouverte de péritoine. Sa longueur typique est de 0,5 à 5 cm, elle peut être unique ou multiple (5). Son inflammation peut être primitive, causée par une torsion comprimant le pédicule vasculaire. L'ischémie peut également résulter d'une thrombose de la veine drainant l'appendice épiploïque, entraînant dans les deux cas un œdème, une nécrose et une inflammation aseptique. Cette forme doit être différentiée de l'appendagite secondaire causée par l'inflammation d'un organe de proximité (dans le cas de diverticulite, appendicite, cholécystite (1).
D'un point de vue épidémiologique, cette pathologie est plus fréquente chez les hommes, entre 40 et 50 ans (6). Les facteurs favorisants retrouvés sont l'obésité et une inflammation pouvant être secondaire à une diverticulite concernant les appendagites secondaires (1).
Du fait de son caractère rare et de sa bénignité, il s'agit d'un diagnostic d'exclusion qui doit être évoqué devant une douleur abdominale aiguë, particulièrement lorsqu'il existe des éléments cliniques évocateurs tels qu'une douleur brutale siégeant en fosse iliaque gauche (parfois droite), ne migrant pas, avec un éventuel signe de Bloomberg, sans fièvre, nausées ou vomissements (1,7). Toutefois, le cas clinique peut être moins typique comme dans le cas présenté ici où il y avait une défense et un psoïtis.
L'appendagite est plus souvent localisée en regard du côlon gauche et s'associe à un syndrome inflammatoire biologique modéré : classiquement une élévation modérée de la CRP est présente, mais sans hyperleucocytose (1). Autrefois, l'appendagite était diagnostiquée en peropératoire, mais depuis l'apport du scanner, ce dernier est devenu l'élément déterminant du diagnostic : il permet de discriminer l'appendagite par la présence d'une image ovalaire, de densité graisseuse limitée par un anneau se réhaussant après injection de produit de contraste (8,9). Cette inflammation de la séreuse réalise l'aspect dit du « *ring sign* » (5,10,11).
Le traitement repose sur des Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et antalgiques adaptés à l'intensité de la douleur du patient. Les antibiotiques n'ont pas montré d'efficacité sur cette pathologie (1).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

L'intérêt médico-militaire de ce cas est la mise en lumière d'une pathologie bénigne à l'origine d'un syndrome abdominal aigu sans nécessité de prise en charge chirurgicale, synonyme de Rapatriement sanitaire (RAPASAN) en métropole. En effet, sur certains théâtres d'Opérations extérieures (OPEX), ou dans certains bâtiments de la Marine nationale, l'accès au scanner peut permettre dans un premier temps la mise en place d'un traitement médical adapté. En l'absence de scanner, l'échographie peut permettre d'évoquer le diagnostic si elle met en évidence une masse adjacente à la surface du colon, hyperéchogène non compressible avec des bords hypoéchogènes et une inflammation de la graisse périphérique. Elle devra être complétée par une imagerie en coupe dès que possible, et ne permettra pas à elle seule de retenir ce diagnostic d'exclusion.

Dans un second temps, selon l'évolution, sera discuté le maintien sur place, voire la poursuite de la mission pour le personnel concerné : la résolution des symptômes habituellement sous une à deux semaines pourrait permettre un maintien sur le théâtre d'opérations (1). Toutefois, dans de rares cas, la persistance ou l'aggravation des symptômes (notamment l'apparition de fièvre ou d'une défense) doivent faire discuter une chirurgie afin d'exciser l'appendice épiploïque inflammé.

Bien que le cas rapporté concerne ici une femme, l'appendagite concerne d'avantage les hommes d'une cinquantaine d'année (1) : cette affection semble favorisée par l'effort physique intense et peut donc être rencontrée chez les militaires en métropole comme sur des théâtres d'opérations (1). Connaître l'existence de cette pathologie afin d'éviter le recours à une chirurgie abdominale permet de limiter les situations de RAPASAN pour les militaires engagés.

Conclusion

L'appendagite doit être connue en tant que diagnostic différentiel devant un tableau de douleur abdominale aiguë. Savoir évoquer une appendagite devant ce type de présentation clinique permet d'éviter une prise en charge chirurgicale, et une antibiothérapie inutile, voire délétère. La prise en charge spécifique et non chirurgicale de l'appendagite permet par la suite d'adapter la conduite à tenir sur le plan médico-militaire, surtout en situation de déploiement opérationnel.

Remerciements

Remerciements au linguiste relecteur : Édouard Lizé.

Références bibliographiques

1. Giannis D, Matenoglou E, Sidiropoulou MS, Papalampros A, Schmitz R, Felekouras E, *et al.* Epiploic appendagitis : pathogenesis, clinical findings and imaging clues of a misdiagnosed mimicker. Ann Transl Med. 2019 ;7(24) :814. doi : 10.21037/atm.2019.12.74

2. De Brito P, Gomes M, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain. J Radiol. 2008 ;89(2) :235-43. doi : 10.1016/S0221-0363(08)70399-8

3. Chan E, El-Banna A. A case report of epiploic appendagitis as a mimic of acute cholecystitis. Int J Surg Case Rep. 2018 ;53 :327-9. doi : 10.1016/j.ijscr.2018.11.003

4. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller PR. CT appearance of acute appendagitis. AJR Am J Roentgenol. 2004 ;183(5) :1303-7. doi : 10.2214/ajr.183.5.1831303

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908

5. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis : clinical, US, and CT findings in 14 cases. Radiology. 1994 ; 191(2) : 523-6. doi:10.1148/radiology.191.2.8153333
6. Chu EA, Kaminer E. Epiploic appendagitis : A rare cause of acute abdomen. Radiol Case Rep. 2018 ; 13(3) : 599-601. doi : 10.1016/j.radcr.2018.02.022
7. Gourgiotis S, Oikonomou C, Veloudis G, Lardou I, Pittaras G, Villias C. The Diagnostic Dilemma of Primary Epiploic Appendagitis and How to Establish a Diagnosis. Oman Med J. 2016 ;31(3) :235-7. doi : 10.5001/omj.2016.45
8. Daghfous A, Bouzaïdi K, Ayari H, Yahmadi A, Zoghlemi A, Rezgui Marhoul L. Contribution of imaging in the diagnosis of epiploic appendagitis. Rev Med Interne. 2014 ;35(9) :565-9. doi : 10.1016/j.revmed.2013.07.008
9. Gurses B, Ekci B, Akansel S, Kabakci N, Kucuk S, Kovanlikaya I. Primary epiploic appendagitis : the role of computed tomography in diagnosis. Australas Radiol. 2007 ;51 Spec No. :B155-7. doi : 10.1111/j.1440-1673.2007.01782.x
10. Jalaguier A, Zins M, Rodallec M, Nakache JP, Boulay-Coletta I, Jullès MC. Accuracy of multidetector computed tomography in differentiating primary epiploic appendagitis from left acute colonic diverticulitis associated with secondary epiploic appendagitis. Emerg Radiol. 2010 ;17(1) :51-6. doi : 10.1007/s10140-009-0822-x
11. Maghrebi H, Slama H, Ksantini R, Makni A, Fteriche F, Ayadi S, *et al.* Appendagite épiploïque primitive : à propos de cinq cas. Pan Afr Med J. 2015 ;20 :4. doi : 10.11604/pamj.2015.20.4.5509

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.51 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005908, doi : 10.17184/eac.9782813005908