

Douleur aiguë de la fosse iliaque gauche aux urgences : ne pas méconnaître l'appendagite

Mostafa Rafai^{2,1,&}, Naoufal Chouaib¹, Said Jidane¹, Ahmed Belkouch¹,
Sana Sabry², Saad Zidouh¹, Lahcen Belyamani¹

¹ Pôle des Urgences Médico-Chirurgicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V,
Université Mohammed V de Rabat, MAROC

² Service de Physiologie, Faculté de Médecine et de pharmacie,
Université Hassan II de Casablanca, MAROC

& Auteur correspondant

Abstract: Appendagitis is a rare disease, responsible for a misleading surgical presentation. We report a case of epiploic appendagitis in a 62 year old female patient who presented with left iliac fossa pain with normal blood count and slightly elevated CRP, a CT scan confirmed the diagnosis of appendagitis. The evolution was favourable under simple medical treatment.

Keywords: Left iliac fossa pain, Appendagitis, Medical treatment.

Date of Submission: 15-05-2021

Date of Acceptance: 31-05-2021

I. Introduction

L'appendagite est une maladie rare, secondaire soit à la torsion d'un appendice épiploïque, soit à la thrombose de la veinule centrale sans torsion, responsable d'un tableau clinique chirurgical trompeur, mimant le plus souvent une sigmoïdite ou une appendicite. La biologie n'est pas spécifique, le plus souvent une numération formule sanguine normale avec légère augmentation de la CRP. La tomodensitométrie est l'examen clé pour confirmer le diagnostic. Le traitement est médical conservateur reposant sur des antalgiques et AINS. L'évolution est spontanément favorable en une semaine en moyenne avec régression de la douleur. La place du médecin urgentiste dans la suspicion clinique, l'orientation des examens complémentaires et la prise en charge est primordial permettant d'éviter le recours à toute intervention chirurgicale inutile [1]. Nous rapportons une nouvelle observation d'appendagite chez une patiente de 62ans.

II. Patient et Observation

Une femme, âgée de 62 ans, et ayant comme seul antécédent une hypertension artérielle depuis 5 ans équilibrée sous traitement, a consulté au service des urgences pour des douleurs de la fosse iliaque gauche, persistantes depuis 3 jours et sans irradiation, et sans notion de vomissements ou de troubles de transit associés. à l'admission elle était consciente, apyrétique, eupnéique, et normotendu, le tout dans un contexte de conservation de l'état général. La patiente avait reçu des antalgiques et des antispasmodiques par voie orale mais sans amélioration.

L'examen clinique objectivait une sensibilité et une défense localisées au niveau de la fosse iliaque gauche, le toucher rectal était normal et les orifices herniaires libres. Par ailleurs, il n'y avait pas de notion de brûlures mictionnelles, de rectorragies, de métrorragies ou de leucorrhées à l'interrogatoire. Le bilan biologique montrait des globules blancs à 9000/mm³ et une protéine C-réactive (CRP) à 82,2mg/l, le reste était sans particularités. Devant ce tableau clinique, les diagnostics évoqués étaient : une poussée de sigmoïdite diverticulaire ou une urgence gynécologique notamment une torsion d'annexe.

Une échographie abdomino-pelvienne réalisée en urgence objectivait la présence au niveau de la fosse iliaque gauche, d'une formation hyperéchogène, d'allure graisseuse, renfermant un contenu finement hypoéchogène, accolé au colon descendant et entourée d'un halo hypoéchogène (Fig. 1). Une tomodensitométrie abdomino-pelvienne faite en complément confirmait le diagnostic d'appendagite avec présence d'un nodule de forme ovalaire, paracolique gauche, de densité graisseuse, avec anneau périphérique hyperdense et une infiltration de la graisse mésentérique autours (Fig. 2). Il a été décidé de faire sortir la patiente sous simple traitement antalgique et anti-inflammatoire et la revoir en consultation chirurgie 10 jours après pour contrôle qui était favorable avec disparition de la douleur et un examen abdominal normal.

III. Discussion

L'appendagite primaire épiploïque (AEP) ou infarctus d'un appendice épiploïque, dénommée encore torsion de frange épiploïque se définit par un tableau douloureux abdominal avec défense localisée qui, selon sa localisation, peut simuler une appendicite ou une sigmoïdite aiguë. Cette symptomatologie est en rapport avec la torsion-nécrose d'un appendice épiploïque [2]. En fait, L'appendice épiploïque est une structure adipeuse appendue le long du colon qui mesure entre 0,5 et 5 cm de diamètre. Ces appendices sont particulièrement vulnérables à cette complication en raison de leur aspect pédiculé et de leur vascularisation précaire (caractérisée par une à deux artérioles issues des vasa recta du colon) les prédisposent à des phénomènes de torsion, d'ischémie et d'inflammation [3]. Cependant, sur le plan physiopathologique, deux mécanismes sont décrits dans la littérature [4] : soit la torsion d'un appendice épiploïque, soit la thrombose de la veinule centrale sans torsion. Le siège préférentiel de l'appendagite est la jonction entre le colon descendant et le colon sigmoïde. C'est une entité rare [5] et sous-évaluée, en raison du nombre de cas sous diagnostiqués (2 à 7% des cas présumés de diverticulite et dans 1% des cas présumés d'appendicite [6]) et elle affecte surtout les hommes au cours de la quatrième et de la cinquième décennie. L'obésité semble être le seul facteur de risque reconnu [7]. Le tableau clinique n'est pas spécifique, Il s'agit d'une douleur abdominale d'apparition brutale, bien localisée en fonction de la situation de l'appendagite, parfois accompagnée de troubles digestifs de type nausées et vomissements. L'examen clinique trouve une reproduction de la douleur à la palpation et dans 10 % des cas une masse abdominale peut exister. Très rarement, l'appendagite épiploïque peut s'incarcérer dans une hernie inguinale et se présenter sous la forme d'une masse inguinale douloureuse [8].

Une fièvre et un syndrome infectieux modéré peuvent être constatés. Cependant, La biologie est évocatrice avec une NFS normale, sans hyperleucocytose, mais avec une élévation isolée de la CRP [9]. Ces symptômes étant non spécifiques, le diagnostic d'appendagite est rarement évoqué, l'échographie et le scanner abdominaux sont utiles au diagnostic [3].

En échographie, l'atteinte de l'appendice épiploïque apparaît comme une masse ovale, hyperéchogène, non compressible avec un liseré hypoéchogène localisé au niveau du point de douleur maximale sous pariétal antérieur, au contact d'un côlon par ailleurs normal [4].

Le diagnostic de certitude est le plus souvent fait par la TDM sans ou avec injection de produit de contraste, et qui se traduit par une image pathognomonique caractéristique de masse avec une densité légèrement supérieure à la graisse normale limitée par un anneau apparaissant hyperdense après injection de produit de contraste et correspondant à l'inflammation de la séreuse et réalisant l'aspect dit du « ring sign » [10], cette image scanographique doit être connue du médecin urgentiste [1], qui a le rôle d'orienter le patient vers les examens d'imagerie adaptés afin d'éliminer tout diagnostic différentiel (diverticulite++, appendicite, cholécystite, grossesse extra-utérine, torsion d'annexes,...). L'IRM ne s'impose pas d'un point de vue diagnostique, elle permet une bonne analyse de l'extension des phénomènes inflammatoires péritonéaux [4]. Le traitement conservateur médical symptomatique est de référence dans les appendagites et est basé sur les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant une dizaine de jours en ambulatoire [1,3,7]. L'évolution est généralement spontanément favorable, Les douleurs régressent dans une durée maximale de sept jours et le scanner se normalise entre 2 semaines à six mois et il peut persister des stigmates fibreuses ou des calcifications [6]. Les complications à type d'occlusion intestinale ou d'abcès sont exceptionnelles. La reconnaissance d'une appendagite permet d'éviter toute intervention chirurgicale et/ou le recours à une antibiothérapie inutile exceptionnelles [1].

IV. Conclusion

L'appendagite épiploïque est une pathologie bénigne, rare, responsable d'un tableau chirurgical trompeur, le signe pathognomonique pour le diagnostic positif est l'image caractéristique scanographique. elle est pourtant fréquemment non reconnue en salle d'urgence et génère, parfois, une prise en charge non adaptée et une exploration chirurgicale, le plus souvent inutile [1]. C'est pour cette raison que le rôle de l'urgentiste est primordial dans la suspicion clinique et la reconnaissance de l'appendagite, ainsi que dans l'orientation des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic. Le traitement est médical conservateur, symptomatique pendant une dizaine de jours. Et l'évolution est généralement spontanément favorable en moins de sept jours.



Fig. 1 Échographie abdomino-pelvienne montrant la présence au niveau de la fosse iliaque gauche, d'une formation hyperéchogène, d'allure graisseuse, renfermant un contenu finement hypoéchogène, accolé au colon descendant et entourée d'un halo hypoéchogène.

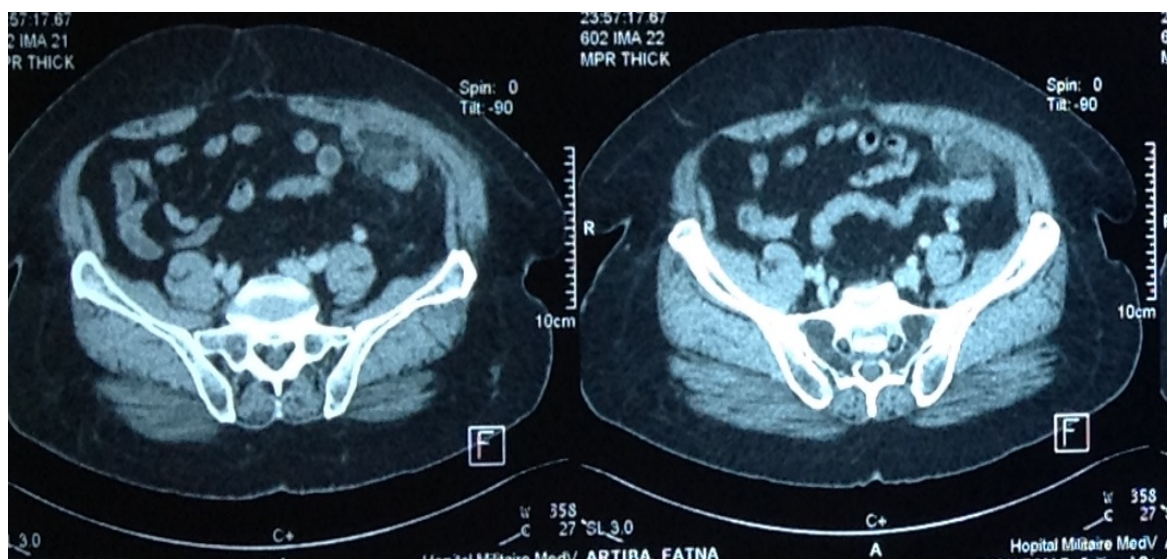


Fig. 2 TDM abdomino-pelvienne montrant la présence d'un nodule de forme ovale, paracolique gauche, de densité graisseuse, avec anneau périphérique hyperdense et une infiltration de la graisse mésentérique autours.

Références

- [1]. Periera M, Laribi S, Hamzi L et al. Appendagite aiguë. Ann. Fr. Med. 2013 ; Urgence 3:46
- [2]. Kianmanesh R, Abdullah B, Scaringi S et al. Appendagite épiploïque primitive : un diagnostic non chirurgical souvent méconnu. Presse Med. 2007 ; 36:247-50
- [3]. Maghrebi H et al. Appendagite épiploïque primitive: à propos de cinq cas. Pan African Medical Journal . 2015 ; 20(4)
- [4]. Radouane B, Jidal M, Darbi A et al. L'appendagite épiploïque primitive. Feuilles de Radiologie. 2007 ; 47(6) :393-6
- [5]. Robert B et al. Appendagitis of the lesser omentum – an uncommon cause of acute abdominal pain. Presse Med. 2015; 44(9):954-6
- [6]. Yazough I et al. L'appendagite épiploïque primitive: une cause rare de douleur abdominal. Pan African Medical Journal.2015 ; 20(170)
- [7]. Daghfous A, Bouzaidi K, Ayari H et al. Apport de l'imagerie dans le diagnostic des appendagites épiploïques. Rev Med Interne. 2014 ; 35(9) :565-9
- [8]. Hiller N, Berelowitz D. Primary epiploic appendagitis: clinical and radiological manifestations. Isr Med Assoc J. 2000; 2(12):896-8
- [9]. Subramaniam R. Acute appendagitis: emergency presentation and computed tomographic appearances. Emerg Med J. 2006; 23(10):e53
- [10]. Saad Slaiki et al. Appendagite épiploïque: cause rare d'abdomen aigu. Pan African Medical Journal. 2020 ; 36(149)

Mostafa Rafai, et. al. "Douleur aiguë de la fosse iliaque gauche aux urgences : ne pas méconnaître l'appendagite." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(05), 2021, pp. 01-04.