

L'APPENDAGITE ÉPIPLOÏQUE

Un diagnostic méconnu

J. JOBÉ (1), A. GHUYSEN (2), P. MEUNIER (3), V D'ORIO (4)

RÉSUMÉ : L'usage a consacré le terme d'appendagite épiploïque afin de décrire l'inflammation d'un appendice épiploïque. Ces formations graisseuses réparties le long du côlon, du caecum jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne, peuvent s'enflammer par torsion, spontanément ou secondairement à l'inflammation d'une structure anatomique proche. Alors que la clinique peut mimer une appendicite rétro-caecale ou une diverticulite, le diagnostic par tomодensitométrie permet d'éviter une hospitalisation ou encore une chirurgie inutile. En effet, sous traitement conservateur par anti-inflammatoire non stéroïdien et antalgiques, la symptomatologie régresse en moyenne en 5 jours. Dans cet article, nous relatons le cas d'une patiente avec une présentation clinique typique afin de revoir les éléments de cette entité pathologique.

MOTS-CLÉS : Douleur abdominale - Diagnostic - Tomодensitométrie

EPILOIC APPENDAGITIS, AN IGNORED DIAGNOSIS

SUMMARY : Epiploic appendagitis is the term used to describe the inflammation of an epiploic appendage. These small masses of fat distributed along the colon, from the caecum to the recto-sigmoid junction can inflame by torsion, spontaneously or secondarily with the inflammation of an anatomical structure in the neighbourhood. Symptomatology may mimic retro-caecal appendicitis or diverticulitis and the diagnosis by CT avoids unnecessary surgery or hospitalization. Indeed, under conservative treatment by AINS and analgesics, symptomatology regresses in about five days. In this article, we relate the case of a patient with a typical clinical presentation, to remind the elements of this pathological entity.

KEYWORDS : Abdominal pain - Diagnosis - Computed tomography

CAS CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 43 ans s'étant présentée aux urgences pour des douleurs abdominales au niveau du flanc gauche, accompagnées de nausées sans vomissement et de constipation depuis 3 jours. Elle n'avait aucune plainte urinaire, ni gynécologique.

Il s'agissait d'une patiente sans antécédent médical hormis un tabagisme actif de 25 cigarettes par jour et une dépression nerveuse traitée par Séroquel® 200 mg et Anafranil® 75 mg.

A l'admission, la fréquence cardiaque était de 91 battements par minute, la pression artérielle était à 110/80 mmHg et la saturation en oxygène à 96%. La patiente était apyrétique (36,6°C). La douleur était évaluée à 5/10 sur une échelle visuelle analogique.

La propédeutique cardio-pulmonaire était sans particularité. A l'examen clinique de l'abdomen, on notait une douleur au niveau du flanc gauche à la palpation, mais l'abdomen restait souple et dépressible. Un transit normal était ausculté.

La biologie sanguine montrait une hyperleucocytose à 12.200 globules blancs par mm³ (4,30 – 11,90) avec une formule mixte. Le taux de fibrinogène était augmenté à 5,17 g/l (2,30-4,30) et la CRP légèrement accéree à 41,3 mg/l

(0,0 – 6,0). Le reste de la biologie était sans particularité. Des urines furent prélevées et le sédiment revint tout à fait normal.

Une radiographie de l'abdomen à blanc ne démontra aucune anomalie spécifique.

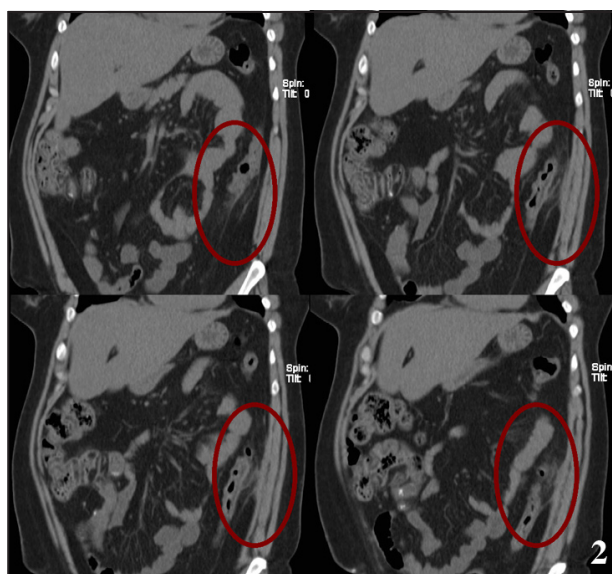
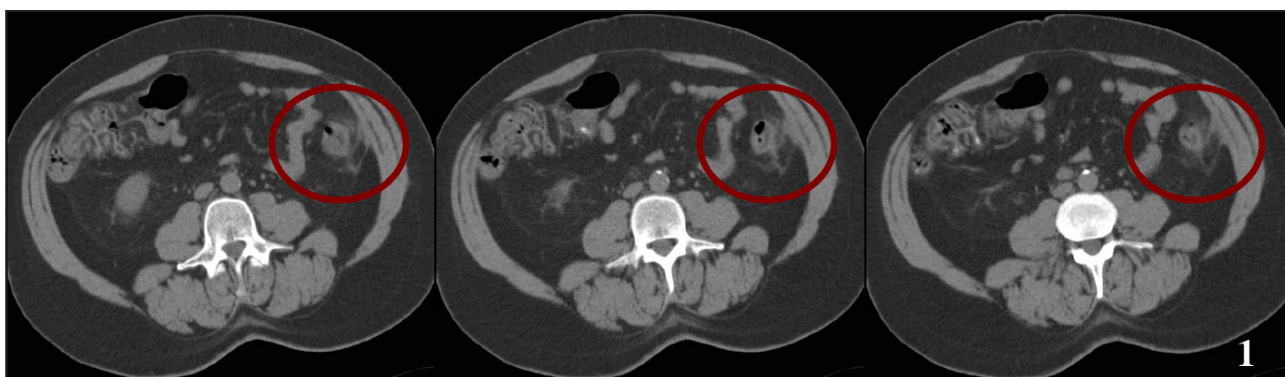
Devant la douleur et le syndrome inflammatoire biologique, un scanner abdominal sans contraste fut demandé et démontra une infiltration de la graisse para-colique externe gauche au niveau du tiers moyen du côlon gauche, au dessus de la crête iliaque, s'étendant au fascia latéro-conal sur une hauteur d'approximativement 7 cm. Ces anomalies évoquaient le diagnostic radiologique de torsion de frange épiploïque (appendagite). La patiente fut placée sous anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ibuprofène® 400 mg, trois fois par jour) et revue deux semaines plus tard à la consultation de chirurgie abdominale. Ses douleurs avaient disparu en une semaine avec le traitement (Fig. 1, 2).

DISCUSSION

Les appendices épiploïques sont des formations graisseuses recouvertes de péritoine qui se développent pendant le second trimestre de la vie fœtale et contiennent des vaisseaux provenant de la vascularisation colique. Ils ont été décrits pour la 1^{ère} fois par Vésalius en 1543 (cité dans 1). Ils sont pédiculés à partir de la séreuse colique, du caecum jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne. On en dénombre une centaine environ avec une taille variant de 0,5 à 5 cm (jusqu'à 15 cm dans certains cas), croissante du caecum jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne. Ils sont

(1) Assistant, (2) Chef de Clinique, (4) Professeur ordinaire, Chef de Service, Service des Urgences, CHU de Liège.

(3) Radiologue, Service d'Imagerie médicale, CHU de Liège.



Figures 1 et 2. Tomodensitométrie abdominale, coupes transversales et frontales : infiltration de la graisse para-colique externe gauche au niveau du tiers moyen du côlon gauche, au dessus de la crête iliaque, s'étendant au fascia latéro-conal. Cette infiltration s'étend sur une hauteur d'approximativement 7 cm.

de topographie antérolatérale par rapport au côlon. Ils se répartissent en 2 lignes le long des *taeniae coli*.

Divers rôles hypothétiques leur ont été attribués : ces structures pourraient jouer un rôle bactériostatique ou anti-inflammatoire local comme des « mini-épiploons », pourraient amortir les conséquences coliques du péristaltisme intestinal ou encore jouer le rôle de réservoir sanguin quand le côlon et ses vaisseaux sanguins se contractent (2, 3). Certains auteurs pensent également qu'ils joueraient un rôle dans l'absorption colique ou constitueraient une zone de réserves adipeuses.

Les appendices épiploïques ont une vascularisation précaire issue des branches artérielles coliques, leur morphologie pédiculée les prédispose à des phénomènes de torsion et d'ischémie. L'appendagite épiploïque primitive regroupe les ischémies, les torsions aiguës et les inflammations primitives par thrombose de la veine de drainage.

En pathologie, les appendices épiploïques peuvent s'enflammer primitivement ou secon-

dairement. On parle alors d'appendagite épiploïque primitive ou secondaire selon le terme introduit par Lynn et al. en 1956 (4).

L'appendagite épiploïque primitive, complication la plus fréquente, correspond à l'inflammation d'un appendice épiploïque par torsion ou spontanément par thrombose de la veine de drainage de l'appendice épiploïque.

L'appendagite épiploïque secondaire se développe suite à un processus inflammatoire entreprenant une structure adjacente comme un diverticule ou l'appendice.

Cliniquement, cette pathologie se manifeste par une douleur abdominale localisée qui peut mimer une appendicite iléo-caecale ou une diverticulite. Aussi, par le passé, il n'était pas rare que le diagnostic apparaisse lors de la laparotomie. Cependant l'avènement de l'utilisation de la tomodensitométrie dans l'établissement du diagnostic des douleurs abdominales permet l'identification de l'appendagite épiploïque par des signes radiologiques pathognomoniques, minimisant le risque d'une chirurgie ou d'une hospitalisation inutiles.

Aussi, selon des séries de cas récents, l'appendagite épiploïque primitive serait le diagnostic correct dans 2 à 7 % des cas présumés de diverticulite et dans 1 % des cas présumés d'appendicite (5, 6).

CLINIQUE

L'appendagite épiploïque peut survenir à tout âge, avec une légère prépondérance pour les hommes d'âge moyen, entre 40 et 50 ans (7). L'obésité semble être le seul facteur de risque reconnu (8).

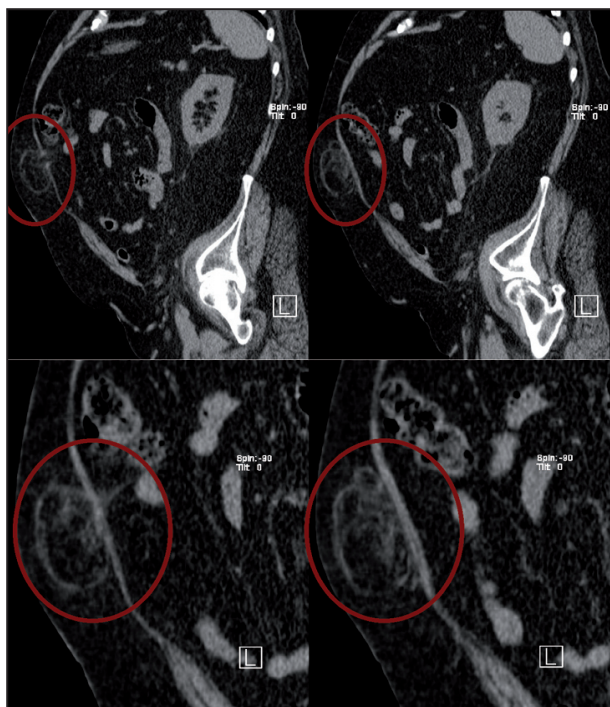


Figure 3. Coupes para-sagittales d'une appendagite épiploïque incarcerated dans une hernie de la paroi abdominale.

La douleur, d'apparition brutale, est permanente et focale, pouvant être montrée du doigt par le patient (9). Par ordre de fréquence croissante, elle prédomine aux fosses iliaques droite et gauche où les appendices sont les plus volumineux. En général, il n'y a pas de défense abdominale et le transit reste présent. Les signes d'accompagnement à type de nausées, vomissements, constipation ou diarrhée sont rares. Le patient est quelquefois subfébrile. La toux et l'inspiration profonde peuvent augmenter la douleur (9).

Très rarement, l'appendagite épiploïque peut s'incarcérer dans une hernie inguinale et se présenter sous la forme d'une masse inguinale douloureuse (3).

Les taux de leucocytes dans le sang et la vitesse de sédimentation sont le plus souvent normaux ou discrètement augmentés (Fig 3).

IMAGERIE MÉDICALE

Le diagnostic tomодensitométrique est fait sur une image caractéristique de masse avec une densité légèrement supérieure à la graisse normale (environ -80 U Hounsfield le plus souvent), limitée par un anneau apparaissant hyperdense après injection de produit de contraste et correspondant à l'inflammation de la séreuse. Il y a infiltration de la graisse en périphérie. Parfois, on peut distinguer un centre hyperdense dont

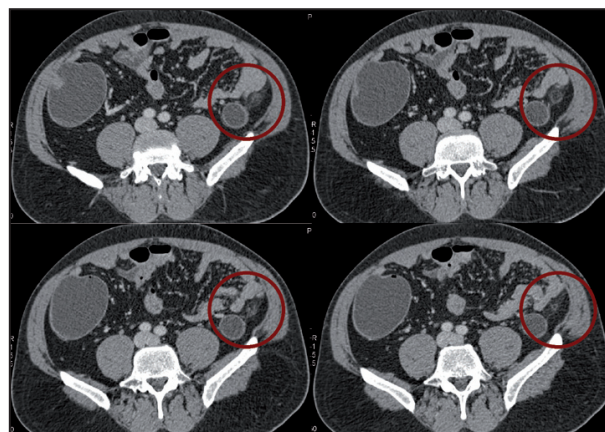


Figure 4. Tomodensitométrie abdominale, coupes transversales : mise en évidence d'une lésion d'aspect plus nodulaire avec une infiltration de la graisse para-colique externe gauche.

l'origine pourrait correspondre à une fibrose septale ou à une thrombose vasculaire. Il peut également y avoir un effet de masse sur les anses digestives adjacentes, un épaississement du péritoine au contact ainsi qu'un épaississement de la paroi colique en regard (10) (Fig. 4).

Un appendice épiploïque enflammé peut rester visible en tomодensitométrie pendant plusieurs semaines et peut-être plus longtemps (11) alors que la symptomatologie régresse sous traitement conservateur en une semaine. L'évolution de l'apparence des lésions en tomодensitométrie consiste en la diminution de la taille de la lésion, la perte de sa limite nette, la diminution de l'épaississement péritonéal avec disparition de l'infiltration de la graisse périphérique et des changements au niveau du côlon adjacent. (11).

En imagerie par résonance magnétique, la morphologie de l'appendagite épiploïque est similaire. La zone concernée suit le signal de la graisse à l'exception de l'infiltration périphérique et de l'anneau qui exprime la composante inflammatoire de la séreuse et qui se rehausse après injection de Gadolinium (12).

L'échographie peut aussi se révéler utile au diagnostic. Elle peut montrer une masse ovoïde hyperéchogène par rapport à la graisse saine adjacente, non dépressible, douloureuse sous la sonde, entourée d'un halo périphérique hypoéchogène. Parfois un effet de masse sur les anses adjacentes et une fixation de celle-ci au péritoine antérieur est objectivé (10).

En imagerie médicale, le diagnostic différentiel est l'infarcissement du grand omentum, spontané ou par torsion, qui correspond également à une lésion graisseuse inflammatoire (13). Celui-ci survient plus souvent chez l'enfant (14). La cause la plus fréquente d'infarcissement du grand épiploon, après la torsion, est

une insuffisance veineuse due à un traumatisme ou à la thrombose d'une veine épiploïque. Cette lésion est plus volumineuse et sa situation est en dedans du côlon droit ou gauche, alors que les appendagites épiploïques sont antérieures ou externes. Dans les deux cas, la prise en charge thérapeutique est la même.

TRAITEMENT

Le traitement préconisé est strictement conservateur (5, 9). Ainsi, les appendagites épiploïques primitives traitées symptomatologiquement par antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens régressent cliniquement en moins d'une semaine, 5 jours en moyenne (9).

CONCLUSION

L'apparition brutale d'une douleur abdominale focale quasiment monosymptomatique dans un des quadrants inférieurs de l'abdomen doit faire évoquer le diagnostic d'appendagite épiploïque. La tomодensitométrie abdomino-pelvienne apportera le diagnostic permettant d'éviter des laparotomies et des hospitalisations excessives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fieber SS, Forman J.— Appendices epiploicae : clinical and pathological considerations. Report of three cases and statistical analyses of 105 cases. *Arch Surg*, 1953, **66**, 329-338.
2. Ross JA.— Vascular loops in the appendices epiploicae. *Br J Surg*, 1950, **37**, 464-466.
3. Kulacoglu H, Turner H, Aktimur R, et al.— Epiploic appendagitis in inguinal hernia sac presenting as an inguinal mass. *Hernia*, 2005, **9**, 288-290.
4. Lynn TE, Docherty MB, Vaugh JM.— A clinic pathologic study of the epiploic appendages. *Surg Gynaecia Obstet*, 1956, **103**, 423-433.
5. Rao PM, Rhea J, Wittenberg J, et al.— Misdiagnoses of primary epiploic appendagitis. *Am J Surg*, 1998, **176**, 81-85.
6. Molla E, Ripolles T, Martinez MJ, et al.— Primary epiploic appendagitis : US and CT findings. *Eur Radiol*, 1998, **8**, 435-438.
7. Carmichael DH, Organ CH jr.— Epiploic disorders : conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg*, 1985, **120**, 1167-1172.
8. Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB.— Epiploic appendagitis and omental infarction : pitfalls and look-alikes. *Abdom Imaging*, 2002, **27**, 20-28.
9. Rioux M, Langis P.— Primary epiploic appendicitis : clinical, US, and CT findings in 14 cases. *Radiology*, 1994, **191**, 523-526.
10. Gomez MA, Bretagnol F.— Les appendagites épiploïques primitives : un diagnostic radiologique. *J Chir*, 2002, **139**, 328-331.
11. Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN.— Primary epiploic appendagitis : evolutionary changes in CT appearance. *Radiology*, 1997, **204**, 713-717.
12. Sirvanci M, Balci NC, Karaman K, et al.— Primary epiploic appendagitis : MRI findings. *Magn Reson Imaging*, 2002, **20**, 137-139.
13. Puylaert JB.— Right-sided segmental infarction of the omentum : clinical, US, and CT findings. *Radiology*, 1992, **185**, 169-172.
14. Grattan-Smith JD, Blews DE, Brand T.— Omental infarction in pediatric patients : sonographic and CT findings. *AJR Am J Roentgenol*, 2002, **178**, 1537-1539.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. V. D'Orio, Chef de Service, Service des Urgences, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.