



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Aspects tomодensitométriques de l'appendagite épiploïque : à propos de 4 cas

CT-scan characteristic of epiploic appendagitis : clinical report of 4 cases

BATCHO Eunice^{1,2}, BADJI Nfally^{1,2*}, MEKUKO S.M³, NDJOCK NDJOCK R³, RAMDANE A³, NIANG El Hadji^{1,2}

¹: Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontologie, Université Cheikh Anta Diop (Dakar, SENEGAL)

²: Service de Radiologie générale. Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar (Dakar, SENEGAL)

³: Service de radiologie et d'imagerie médicale. Centre hospitalier de Douai (Paris, FRANCE)

Mots-clés :

Appendagite, aspect TDM, évolution.

Keywords:

Appendagitis, CT characteristic, évolution.

***Auteur correspondant**

Nfally BADJI, Médecin Radiologue, Service de Radiologie générale, Hôpital Aristide Le Dantec : Avenue Pasteur BP 3001 Dakar, Sénégal, Tel: 00221 77 517 36 80/00221 70 746 15 10, nfallyb79@gmail.com.

RÉSUMÉ

L'appendagite épiploïque est une pathologie rare d'évolution habituellement favorable sous traitement médical. Son tableau clinique est non spécifique dominé par la douleur abdominale aiguë. Le diagnostic est aisé en imagerie notamment en TDM par la mise en évidence d'une image typique, de « navette ou de ring sign ». Nous rapportons dans cet article 4 cas colligés au service de radiologie du centre hospitalier de Douai.

ABSTRACT

Epiploic appendagitis is a rare pathology usually favorable under medical treatment. His clinical picture is nonspecific, dominated by acute abdominal pain. The diagnosis is easy in imaging especially in TDM by highlighting a typical image, "shuttle or ring sign". We report in this article 4 cases collected in the department of radiology of the hospital center of Douai.

1. Introduction

L'appendagite épiploïque est une entité nosologique introduite par Lynn et al en 1954 [1] correspondant à l'inflammation des franges ou appendices épiploïques repartis le long du côlon. C'est une cause rare de douleurs abdominales [2]. Le tableau clinique n'est pas spécifique et le diagnostic est aisé à l'imagerie notamment à la tomодensitométrie. L'évolution est habituellement favorable après un traitement médical.

2. Observations

2.1 Observation 1

Patient A.B. de sexe masculin âgé de 32ans, présentant un surpoids (IMC= 27) reçu pour douleurs aiguës à la fosse iliaque gauche évoluant depuis six heures environs à type de torsion d'intensité estimée à 7 /10 selon l'échelle virtuelle analogique (EVA). Un syndrome inflammatoire biologique modéré était noté avec une

CRP à 12mg/l. L'abdomen sans préparation (ASP) réalisé ne révélait aucune anomalie. La tomодensitométrie (figure 1) réalisée avait permis de mettre en évidence une lésion ovulaire de densité graisseuse accolée au bord libre du colon à la jonction sigmoïdo-colique étendue sur 4cm de hauteur. L'évolution était favorable sous traitement anti-inflammatoire non stéroïdiens (50mg x3/jour pendant 7jours) avec un amendement de la douleur au bout de 5 jours.

2.2 Observation 2

Patient B.J de 34ans avec un IMC =23 reçu pour douleur épigastrique évoluant depuis 3jours suite à un coup reçu au sport, d'intensité estimée à 7/10 à l'EVA. La palpation réveille une douleur localisée. La biologie était normale. L'ASP réalisé était sans particularité. La tomодensitométrie (figure 2) avait permis de mettre en évidence une lésion nodulaire de densité graisseuse avec une hyperdensité périphérique étendue sur 5cm. L'évolution a été favorable sous traitement anti-inflammatoire non stéroïdien (50mg x3/jour pendant 7jours) avec un amendement de la douleur au bout de 3jours.

2.3 Observation 3

Patient H.G de 28 ans reçu pour douleur brutale à type de torsion siégeant à la fosse iliaque droite d'intensité estimée à 9/10 depuis 5jours et persistante malgré une première prise d'antalgique. L'examen retrouve une température à 38,5°C, une défense abdominale localisée à la fosse iliaque droite. Un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP=70mg/l et une hyperleucocytose. La tomодensitométrie (figure 3) mettait en évidence à la fosse iliaque droite une masse ovulaire de densité graisseuse entourée d'un liséré hyperdense spontané accolé au bord libre du colon ascendant. Le patient a reçu un traitement à base d'antalgique de palier 2 (Topalgic R) par voie parentérale avec relais par voie orale d'anti inflammatoire stéroïdiens à la dose de 50mg X3/jour pendant 7jours. L'évolution était favorable sous traitement avec un amendement de la symptomatologie au bout de 3jours de traitement.

2.4 Observation 4

Patient de 42ans présentant un surpoids avec un IMC= 29 ; reçu pour douleur localisée à la fosse iliaque gauche

à type de torsion d'intensité estimée à 7/10 selon l'EVA évoluant depuis environs 24heures. Pas de perturbation notable à la biologique. Un examen tomодensitométrie (figure 4) réalisé note à hauteur de la jonction sigmoïdo-colique une masse grossièrement ovulaire d'environ 3cm de grand axe de densité graisseuse bien limitée par un liséré hyperdense accolée au bord libre du colon sigmoïde. L'évolution a été favorable sous traitement anti-inflammatoire non stéroïdien (50mg x3/jour pendant 7jours) avec un amendement de la douleur au bout de 4jours.



Figure 1: Appendagite épiploïque du colon sigmoïde. Coupe TDM axiale (A) et reconstruction sagittale (B) après injection de contraste iodé au temps portal. Lésion pseudo nodulaire (flèche) de densité graisseuse cerclée d'une hyperdensité siégeant à la fosse iliaque gauche accolée au colon sigmoïde faisant évoquer une appendagite épiploïque.

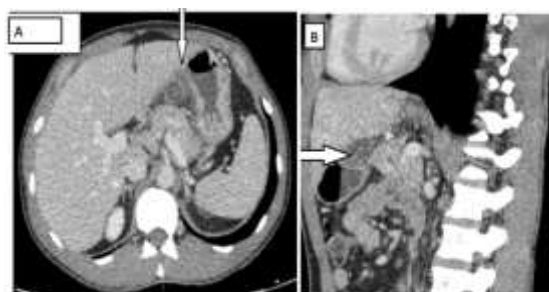


Figure 2: Appendagite épiploïque épigastrique. Coupe TDM axiale (A) et reconstruction sagittale (B) après injection au temps portal retrouvant une infiltration arrondie du petit omentum (Flèche) faisant évoquer dans ce contexte une appendagite épiploïque.

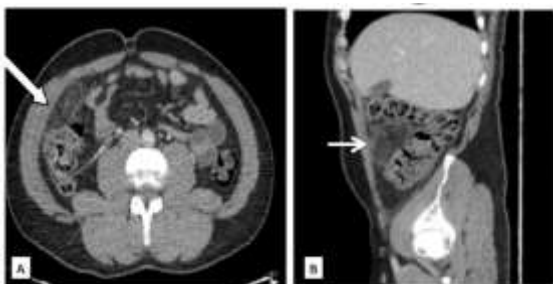


Figure 3: Appendagite épiploïque du colon ascendant. Coupe TDM axiale (A) et reconstruction sagittale (B) après injection de contraste iodé au temps portal. . Lésion ovale (flèche) de densité grasseuse cerclée d'un liseré hyperdense siégeant à la fosse iliaque droite accolée au colon ascendant en faveur d'une appendagite épiploïque.



Figure 1: Appendagite épiploïque du colon sigmoïde. Coupe TDM axiale (A) sans injection de contraste iodé. Lésion ovale (flèche) de densité grasseuse cerclée d'une hyperdensité siégeant à la fosse iliaque gauche accolée au colon sigmoïde faisant évoquer une appendagite épiploïque.

3. Discussion

L'appendagite épiploïque est une pathologie du sujet jeune avec une prédominance masculine décrite comme retrouvé dans notre étude concernant des sujets de sexe masculin avec un âge moyen de 34ans. Ceci a été également décrit par d'autres auteurs notamment Magrebi [3] et Barbier [4]. La surcharge pondérale et /ou l'obésité est reconnue comme étant un facteur prédisposant car les appendices épiploïques seraient chez ces derniers plus nombreux et plus volumineux donc plus sujets aux phénomènes de torsion [5]. Dans notre étude, seuls deux patients présentaient un surpoids avec un IMC moyen de 28 (27 et 29). A l'examen

physique une défense abdominale modérée voire un empatement était classiquement décrite à la palpation. Une défense abdominale localisée à la fosse iliaque droite était retrouvée dans un cas. L'examen de l'abdomen sans préparation réalisé devant ce tableau pseudo chirurgical est revenu normal chez tous nos patients. Il n'a pas d'intérêt dans le diagnostic de l'appendagite épiploïque. Toutefois il peut parfois permettre de visualiser une calcification correspondant à une cicatrice d'ischémie chronique d'un appendice épiploïque [6]. Le scanner abdominal réalisé sans et/ou avec injection de contraste est donc l'examen de choix pour le diagnostic de l'appendagite épiploïque dont la première description a été faite par Danielson en 1986 [7]. Le diagnostic d'appendagite épiploïque est évoqué au scanner devant l'existence d'une masse ovale adjacente au colon de densité plus élevée que la graisse péritonéale normale (-53 U.H). Le signe constamment retrouvé est celui du «ring sign» se traduisant par une hyperdensité en périphérie de la lésion correspondant à l'inflammation de la séreuse [8]. Ce signe était présent chez tous nos patients. L'hyperdensité spontanée décrite au centre de la lésion est en rapport avec une thrombose d'une veine de drainage. Les autres signes tels qu'un épaissement des anses digestives et du péritoine pariétal ou viscéral n'ont pas été retrouvés chez nos patients. Ce sont des signes réactionnels aux phénomènes inflammatoires en regard de l'appendice épiploïque pathologique.

Cependant l'échographie abdominale aurait pu poser le 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 sont objectivés [4]. Cet examen est limité par le pannicule adipeux et l'aérocolie, mais lorsqu'il est normal ne peut exclure une appendagite.

L'imagerie par résonance magnétique n'est pas nécessaire au diagnostic de l'appendagite épiploïque. Toutefois l'aspect rapporté est celui d'une lésion de signal grasseux en hypersignal T1 et T2 centrée d'un hyposignal ne prenant pas le contraste en T1 et T2 entourée d'un hyposignal en T1 et T2 qui ne se rehausse pas. Les séquences avec saturation de la graisse et injection de gadolinium permettent une meilleure caractérisation de la lésion qui apparaît en hyposignal entouré d'un liseré périphérique hyperintense [6].

Le diagnostic différentiel en imagerie se fait essentiellement avec l'infarctus du grand épiploon qui se manifeste également comme une lésion graisseuse inflammatoire. Dans notre série, la lésion siégeait à la fosse iliaque gauche chez 2 patients, à la fosse iliaque droite et au niveau épigastrique dans un cas respectivement.

La prédominance de la localisation de l'appendagite épiploïque à la fosse iliaque gauche est également décrite dans la littérature et retrouvée par d'autres auteurs [4]. Elle trouve son explication au plan anatomique. En effet, les franges épiploïques seraient plus nombreuses au niveau du bord libre du colon gauche (la charnière recto sigmoïdienne (57%)) et de la région iléo caecale (26%) [1]. La lésion radiologique siégeait au niveau de la région anatomique indiquée par le patient avec une corrélation anatomo-clinique de 100%. L'image tomodynamométrique se localise toujours en projection du point douloureux [6].

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement médical. Dans un cas, une première dose d'antalgique de deuxième palier (Topalgic) par voie parentérale a été instituée chez le patient dont l'intensité de la douleur

était estimée à 9 selon EVA. Bonnefoy S [9] et Jobé J [10], ont institué un traitement à base uniquement d'anti inflammatoire non stéroïdien par voie orale en 3 prises par jour pour une durée de 7 jours. Une tomodynamométrie de contrôle n'a pas été demandée devant l'évolution favorable de la symptomatologie sous traitement anti inflammatoire (amendement de la douleur au bout de 4 jours en moyenne dans notre étude). La surveillance clinique suffit et la TDM de contrôle est en générale inutile [9]. Le délai de régression clinique était variable, 02 jours pour Bonnefoy S [9] et une semaine pour Jobé J [10].

Les complications sont exceptionnelles au cours de l'appendagite épiploïque. Il peut s'agir d'une occlusion intestinale par adhérence, une abcédation pouvant entraîner une péritonite ou plus rarement une transformation kystique par fonte huileuse [7,9].

4. Conclusion

Il s'agit une pathologie rare dont il faut y penser surtout devant une douleur de la fosse iliaque gauche chez un sujet en sur poids ou obèse.

Le scanner réalisé sans et/ou avec injection de produit de contraste est l'examen de choix car permettant de poser le diagnostic de certitude en mettant en évidence une masse ovalaire de densité graisseuse bien limitée par un liseré hyperdense, le « ring sign ». Le traitement est médical à base d'anti-inflammatoire non stéroïdien et l'évolution le plus souvent favorable.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Lynn TE, Docherty MB, Vaughn JM. A clinic pathologic study of the epiploic appendages. *Surg Gynaecia Obstet.* 1956; **103**: 423-433.
2. Rao PM, Rhea J, Wittenberg J. Misdiagnoses of primary epiploic appendagitis. *Am J Surg.* 1998; **176**: 81-85.
3. Maghrebi H, Slama H, Ksantini R, et al. Appendagite épiploïque primitive : à propos de cinq cas. *Pan African Medical Journal.* 2015; 20:4.
4. Barbier C, Denny P, Pradoura JM. Radiologic aspect of infarction of appendix epiploica. *J Radiol* 1998;79:1479-1485.
5. Levret N, Mokred K, Quevedo E, Barret F, Pouliquen X. Les appendicites épiploïques primitives. *J Radiol.* 1998 ;79 :667-71.
6. Gomez MA, Bretagnol F. Les appendagites épiploïques primitives : un diagnostic radiologique. *J Chir.* 2002; **139**: 328-331.
7. Danielson k, Chernin MM, Amberg JR, Goff S, Durham JR. Epiploic appendicitis : CT characteristic. *J Comput Assist Tomogr.* 1986 ;10 :142-3.
8. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. *Radiology.* 1994; 191:523-526.
9. Bonnefoy S, Corberand D, Sinayoko L, Harnois F, Mennecier D, Thiolet C. Appendagite épiploïque primitive : à propos d'un cas. *Gastroentérologie. Clinique et Biologique.* 2008 Déc. ;32(12) :1092-1094.
10. Jobé J, Ghyusen A, Meunier P, D'Orion V. L'appendagite épiploïque un diagnostic méconnu. *Rev Med Liège.* 2009; 64 :7-8:382-385.

