



Appendagite épiploïque : à propos d'un cas vu à Madagascar.

Epiploic appendagitis: a case report from Madagascar.

J. WELSON^{(1)*}, N. RAZANAHERISOA⁽²⁾, R. BEZARA⁽²⁾, Z. RAVELOSON⁽²⁾, H. MAMIZAFINY⁽²⁾, A. RAKOTONDRAINIBE^(1,4), R. C. N. RAKOTOARISON^(3,5)

(1) Service de Réanimation—Urgences, Centre Hospitalier Universitaire Morafeno, Toamasina, Madagascar

(2) Service d'Aide Médicale Urgente, Assistance Plus, Madagascar

(3) Service des Urgences Médicales, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar

(4) Faculté de Médecine de Toamasina, Madagascar

(5) Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Soumis le 12 Mars 2025

Accepté le 15 Avril 2025

RESUME

L'appendagite épiploïque est l'inflammation d'un appendice épiploïque. Sa particularité est qu'elle est souvent sous-diagnostiquée. Cliniquement, elle peut simuler d'autres affections inflammatoires telles que : appendicite, diverticulite et hernie étranglée. Le diagnostic repose sur l'imagerie, notamment la tomodensitométrie qui permet d'éviter une hospitalisation, une chirurgie inutile. Le traitement est conservateur en dehors des complications. Sous traitement conservateur par anti-inflammatoire non stéroïdien et antalgiques, la symptomatologie régresse en moyenne en 5 jours. L'objectif de cet article est de présenter la prise en charge (transfert médicalisé, explorations, thérapeutique) de cette pathologie.

Mots clés : Appendagite épiploïque; Diagnostic; Douleur abdominale; Tomodensitométrie.

ABSTRACT

Epiploic appendagitis is inflammation of the epiploic appendix. It accounts for 1.3% of acute abdominal pain. It is unusual in that it is often under-diagnosed. Clinically, it may mimic other inflammatory conditions such as appendicitis, diverticulitis and strangulated hernia. Diagnosis is based on imaging, in particular CT scans, which help avoid unnecessary hospitalisation and surgery. Treatment is conservative, apart from complications. Under conservative treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs and analgesics, symptoms improve on average within 5 days. The aim of this article is to present the management of this condition (medical transfer, investigations, treatment).

Keywords: Abdominal pain; Computed tomography; Diagnosis; Epiploic appendagitis.

INTRODUCTION

L'appendagite épiploïque est l'une des causes de douleur abdominale aiguë. Elle représente environ 1,3% des cas de douleurs abdominales aiguës. Son incidence annuelle est estimée à 8,8 cas par million de personnes [1]. Sa particularité est qu'elle est souvent sous-diagnostiquée en raison de sa présentation clinique similaire à d'autres affections abdominales. Le diagnostic repose sur l'imagerie, notamment la tomodensitométrie et le traitement est conservateur [2]. C'est une pathologie rare qui survient principalement chez les adultes entre 20 et 50 ans [3]. L'incidence de cette pathologie n'est pas réellement connue et elle varie de 2 à 7% chez les patients hospitalisés pour suspicion d'appendicite ou de sigmoïdite [1].

Elle se manifeste le plus souvent par une douleur localisée et intense, généralement dans le quadrant inférieur droit ou gauche, et peut imiter une diverticulite ou une appendicite aiguë. À travers cette observation et une revue de la littérature, l'objectif est de soulever les aspects cliniques, paracliniques et la prise en charge conservatrice de cette pathologie.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme âgé de 68 ans, d'origine caucasienne, avec un indice de masse corporelle à 28 kg/m², ayant été atteint de CoViD-19 quatre ans auparavant. Il est coronarien stenté avec notion d'insuffisance rénale aiguë après injection d'iode trois ans auparavant, et présente également une polyglobulie traitée par hydroxyurée depuis un an et un lumbago traité par thromboaspiration au niveau L5-S1 un an auparavant.

Il se plaignait d'une douleur abdominale au niveau de la fosse iliaque droite lors de son passage touristique à Isalo (Région Sud de Madagascar, caractérisée par des reliefs montagneux, un climat semi-aride, et à zone routière difficile d'accès, située à 459 km de la capitale avec 15-20h de route contre 1h45 de vol). La douleur était persistante avec un score à l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) à 8-10/10, majorée à la toux, à l'antéflexion ou la position assise et accroupie, ainsi qu'à la marche. C'est la première fois que le patient ressentait des symptômes de ce type. Le patient ne présentait ni nausée ni vomissement ni diarrhée ni symptôme urinaire. Il n'était pas fébrile.

À J2 d'évolution, le patient a été vu et examiné par une équipe médicale pour l'amener vers la capitale (Antananarivo), où les moyens de diagnostic sont plus conséquents, notamment devant la persistance et l'intensification de la douleur dès que l'effet des analgésiques (paracétamol 1g/6h – tramadol 50 mg/8h – phloroglucinol 80 mg matin, midi, soir) s'estompait, avec une sensibilité abdominale et un signe de psoitis positif. Une appendicite aiguë était

Du Service de Réanimation—Urgences
Centre Hospitalier Universitaire Morafeno, Toamasina.

*Auteur correspondant :

Dr. José WELSON

Adresse : Service de Réanimation—Urgences,
Centre Hospitalier Universitaire Morafeno,
Toamasina, Madagascar

Téléphone : +261 34 40 358 85

E-mail : welsonjose004@gmail.com

suspectée au début, avant l'exploration paraclinique. L'état général était stable (TA : 12/08 ; FC 86 ; FR 15 ; SpO₂ à 98% à l'air ambiant). Vu l'isolement médical du lieu (Isalo), les routes terrestres dégradées et cahoteuses et les conditions de transport du patient requérant une position allongée, une évacuation sanitaire par voie aérienne vers la capitale a été enclenchée, afin d'y réaliser les investigations qui s'imposent (biologiques et morphologiques [échographique, scanographique]). Au cours de l'EVASAN aérien, lors du décollage, le patient a fait une hypotension à 83/55 mmHg suite à un malaise vagal dû à la douleur abdominale lors de son installation dans l'avion. L'hypotension a été corrigée par un remplissage vasculaire (200 ml de SSI 0,9%), et la douleur, calmée par l'administration d'antalgique (Paracétamol 1g, Diclofenac 50 mg), ce qui avait rétabli l'état du patient, le ramenant à une tension artérielle à 124/86 mmHg.

Un bilan biologique a été réalisé à Antananarivo, le même jour de l'EVASAN et les résultats retrouvaient une leucopénie à 3,70 G/L, une C-Reactive Protein (CRP) à 7 mg/l, une thrombopénie à 111 G/L, une créatininémie à 125 umol/l avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) à 53 ml/min, et une hypokaliémie à 2,8 mmol/l. Ainsi, le score d'Alvarado était de 4 (Appendicite peu probable)

À l'échographie, en regard de la fosse iliaque droite (FID), une infiltration plus ou moins localisée du tissu graisseux du voisinage était signalée, l'appendice étant difficilement visualisable. Elle conclut sur une irritation inflammatoire péritonéale en regard de la FID.

Au scanner abdominal avec injection de produit de contraste iodée, une lésion graisseuse circonscrite avec contour spontanément hyperdense mesurant 31 mm x 16 mm, en position sus-caecale a été visualisée (figure 1 et 2). L'image est compatible avec une appendagite épiploïque droite, l'appendice étant cette fois-ci visualisée dans sa loge physiologique et sans particularité avec aspect et diamètre normaux, absence d'épaississement pariétal du côlon ni de diverticules.



Figure 1 : Épaississement de la graisse péri-lésionnelle. Examen tomodensitométrique avec agent de contraste d'un homme de 68 ans atteint d'appendagite épiploïque montrant un anneau hyperdense caractéristique (Vue coronale)



Figure 2 : Image graisseuse ovale cernée d'un liseré périphérique hyperdense. Tomodensitométrie abdominale, en coupe axiale avec injection de produit de contraste.

Un diagnostic d'appendagite épiploïque a été posé sur la base de la tomodensitométrie. Un traitement médical a été instauré associant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (Diclofénac 50 mg matin, midi et soir) sous couverture d'inhibiteur de la pompe à protons (oméprazole 20 mg) et avec surveillance de la diurèse, un contrôle biologique de la fonction rénale, du paracétamol (1g/6h), du Phloroglucinol 160 mg (toutes les huit heures), une vessie de glace placée en regard de la FID. Aucun antibiotique n'a été administrée. Le traitement a été réalisé à domicile. Une bonne évolution a été constatée à J6. Le patient ne ressentait plus qu'une légère sensation de douleur (EVA 1-2/10) à l'effort et le reste de l'examen était sans particularité. Aucune intervention chirurgicale n'a été indiquée ni requise. À J7 le patient était apte à repartir vers son pays d'origine, pour un vol de douze heures, en avion de ligne. À J21, les bilans biologiques inflammatoires étaient revenus normaux ainsi que les bilans rénaux.

DISCUSSION

L'appendagite épiploïque primitive est une inflammation bénigne, pouvant être spontanément résolutive des appendices épiploïques [5]. Elle est secondaire à une torsion ou une thrombose veineuse spontanée de l'appendice omentale, provoquant alors une inflammation ou un infarctus ischémique [6]. C'est une étiologie rare de douleur abdominale chez l'adulte, qui survient principalement entre 20 et 50 ans avec une légère prédominance masculine [3]. Le taux annuel d'incidence est de 8,8 cas par million de personnes [1]. Cependant la prévalence de l'appendagite est certainement sous-évaluée, en raison du nombre de cas sous diagnostiqués [3]. Les facteurs de risque sont l'obésité - tel le cas présent où le patient était en surpoids -, l'activité physique intense et la présence d'hernie abdominale [1]. La douleur est généralement aiguë, localisée, non irradiante et persistante, intense [1]. Lorsque l'appendice épiploïque touché adhère au péritoine, la douleur peut s'intensifier à la suite d'un mouvement, d'une respiration profonde ou d'une toux et peut parfois s'accompagner d'un choc vagal [1].

Les autres signes d'accompagnement comme les troubles du transit, les vomissements ou la fièvre sont rares [3].

Ces caractéristiques cliniques sont similaires à ceux du patient, et l'intensification de la douleur à la respiration profonde et à la toux, associée aux manifestations vagues orientent cliniquement plus vers une appendagite à un stade d'adhérence au péritoine, avec un risque de complication chirurgicale. [1]

Cependant, le tableau clinique n'est pas spécifique [3]. Ce qui rend la confirmation diagnostique moins aisée aux simples approches cliniques. La description pourrait prêter à confusion avec d'autres diagnostics tels qu'une appendicite iléo-caecale ou une diverticulite [3]. Elles sont de ce fait à considérer dans les diagnostics différentiels, puisque cliniquement et biologiquement, elles se ressemblent. L'examen morphologique (échographie, tomodensitométrie) aident au diagnostic.

Les perturbations biologiques sont peu marquées, avec une élévation modérée de la CRP ou une légère hyperleucocytose [3]. Dans le cas présent, le patient avait une leucopénie et une CRP basse du fait de sa prise d'hydroxyurée pour sa polyglobulie. La tomodensitométrie abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste iodé est l'examen de référence dans l'appendagite [7]. L'aspect typique au scanner permet de poser le diagnostic et d'éviter ainsi une chirurgie inutile. Il s'agit d'une lésion de densité graisseuse juxta-colique avec une hyperdensité périphérique pathognomonique du « ring sign » [7].

L'imagerie permet de faire la part entre les différentes hypothèses diagnostiques [2,8]. Devant une appendicite aiguë où il serait retrouvé un épaississement de la paroi appendiculaire (supérieur à 3 mm), avec un diamètre de l'appendice supérieur à 6 mm, non compressible, une présence de stercolithe, une infiltration de la graisse péri-appendiculaire, la présence d'un épanchement liquidien. Devant une diverticulite, qui aurait mis en évidence un épaississement de la paroi colique, la visualisation de diverticules / de petites poches formées dans la paroi intestinale, une inflammation du tissu graisseux entourant le colon. Devant une appendagite épiploïque avec visualisation d'une masse graisseuse localisée et une hyperdensité périphérique en « anneau hyperdense ».

Dans la majorité des cas, l'appendagite épiploïque relève d'un traitement médical, reposant sur le contrôle de la douleur [9]. Les antalgiques (paracétamol) et anti-inflammatoires oraux sont habituellement prescrits pendant 5-10 jours. Les antibiotiques ne sont pas systématiquement ni souvent indiqués [9]. La chirurgie est réservée aux patients dont les symptômes ne s'améliorent pas avec la gestion conservatrice, ainsi que ceux qui développent des complications (abcès, péritonite, occlusion intestinale). Dans ce cas, l'appendice épiploïque inflammé sera ligaturé et réséqué [7]. La prise en charge du cas présent rejoint les données de la littérature puisqu'il a été entrepris un traitement conservateur par antalgique, anti-inflammatoires et une abstention concernant l'antibiothérapie. Par précaution et afin d'éviter une complication telle qu'une abcédation, qui aurait nécessité une prise en charge chirurgicale [4], l'évacuation sanitaire vers un lieu à structure médicale plus adaptée était préconisée et essentielle pour asseoir le diagnostic et une bonne réhabilitation post-opératoire, le cas nécessitant.

La bonne évolution clinique a permis au patient de partir vers son pays d'origine à J7 des symptômes aigus. Une visite de contrôle avant son départ a été rassurante avec des examens clinique et biologique normaux. Cette évolution clinico-biologique favorable concorde avec les données de la littérature qui indiquent que l'appendagite peut être traitée médicalement sans recours à la chirurgie et avoir une évolution favorable [2,10].

Ce cas nous permet de démontrer que si tous les patients pouvaient se permettre financièrement et logistiquement la réalisation d'un scanner abdominal devant toute douleur abdominale aiguë et intense, il pourrait être évité des gestes invasifs inutiles et davantage de dépenses hospitalières.

CONCLUSION

Devant une douleur abdominale aiguë, les causes urgentes sont à éliminer. Dans un milieu à ressources limitées, des gestes invasifs, telle une laparotomie exploratrice, sont souvent indiqués en dépit des tares des patients, alors que l'appendagite épiploïque, bien qu'elle soit une cause relativement rare d'abdomen aigu, n'a pas besoin de ce recours chirurgical dans la plupart des cas. Une douleur abdominale aiguë localisée sans signes associés ni perturbations biologiques significatives, telle que l'appendagite aiguë, doit conduire à des examens d'imagerie, notamment la tomodensitométrie abdominale, qui posera le diagnostic de certitude et permettra d'éviter des hospitalisations excessives, des laparotomies exploratrices inutiles voire délétères. Le traitement est le plus souvent médical. La chirurgie est réservée aux échecs thérapeutiques de première intention et aux complications. Il faut alors prévoir une gestion post-opératoire dans un centre équipé pourvu d'une équipe médicale appropriée.

REFERENCES

1. Qudsiya Z, Lerner D. Acute epiploic appendagitis: an overlooked cause of acute abdominal pain. *Cureus* 2020; 12(9): e10715.
2. Nakagawa H, Miyata Y. Douleur abdominales causées par une appendagite épiploïque. *CMAJ* 2022; 194(45): E1556—57.
3. Maghrebi H, Slama H, Ksantini R et al. Appendagite épiploïque primitive : à propos de cinq cas. *Pan Afr Med J* 2015; 20: 4.
4. Slaiki S, Afdil M, Bouhaddouti HE et al. Appendagite épiploïque : cause rare d'abdomen aigu. *Pan Afr Med J* 2020; 36: 149.
5. Chu EA, Kaminer E. Epiploic appendagitis: a rare cause of acute abdomen. *Radiol case rep* 2018; 13(3): 599—601.
6. Giannis D, Matenoglou E, Sidiropoulou MS et al. Epiploic appendagitis: pathogenesis, clinical findings and imaging clues of a misdiagnosed mimicker. *Ann Transl Med* 2019; 7(24): 814.
7. Daghfous A, Bouzaïdi K, Ayari H, Yahmadi A, Zoghlemi A, Marhoul LR. Apport de l'imagerie dans le diagnostic des appendagites épiploïques. *Rev Med Interne* 2014; 35(9): 565—9.
8. Atema JJ, Gans SL, Van Randen A et al. Comparison of imaging strategies with conditional versus immediate contrast-enhanced computed tomography in patients with clinical suspicion of acute appendicitis. *Eur Radiol* 2015; 25(8): 2445—52.

9. Patel VG, Rao A, Williams R, Srinivasan R, Fortson JK, Weaver WL. Cecal epiploic appendagitis: a diagnostic and therapeutic dilemma. *Am Surg* 2007; 73(8): 828—30.
10. Randriamarolahy AH, Razafindrahova PA, Hajamihamina MP, Rakotoniaina AI, Ahmad A. Appendagite épiploïque : à propos d'un cas. *Ann Afr Med* 2022; 16(1): e4998—e5000.