

Douleurs abdominales causées par une appendagite épiploïque

Hiroaki Nakagawa MD, Yasushi Miyata MD PhD

■ Citation : *CMAJ* 2022 July 18;194:E942. doi : 10.1503/cmaj.220016-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.220016

Une femme de 39 ans, d'un indice de masse corporelle de 25,8, se présente à la clinique de médecine interne avec une douleur abdominale au quadrant inférieur gauche, des ballonnements abdominaux et des mictions fréquentes depuis 5 jours. La douleur est sourde, non irradiante et persistante; elle s'intensifie lors de la miction, de la marche et du rire, mais non lors des repas. C'est la première fois que la patiente ressent des symptômes de ce type. Elle n'a aucun vomissement, fièvre, diarrhée, constipation ou hématochézie et ses signes vitaux sont normaux. Elle présente une sensibilité localisée, sans douleur de rebond, dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, qui ne s'intensifie pas lors de la contraction de la paroi abdominale (test de Carnett négatif). La tomodensitométrie montre une masse graisseuse en forme de fuseau d'une longueur de 3 cm adjacente au côlon sigmoïde et délimitée par un liséré en forme d'anneau de forte absorption (anneau hyperdense; figure 1) ainsi qu'une inflammation autour de la masse s'étendant jusqu'à la vessie. Nous avons donc diagnostiqué une appendagite épiploïque. Ses symptômes ont disparu après 7 jours d'une prise en charge conservatrice.

Les appendices épiploïques sont des poches du péritoine ressortant du bord antimésentérique du côlon qui contiennent

des tissus adipeux et des vaisseaux sanguins^{1,2}. L'appendagite épiploïque se caractérise par l'inflammation et la nécrose ischémique de ceux-ci à la suite d'une torsion ou d'une thrombose veineuse^{1,2}. Le taux annuel d'incidence est de 8,8 cas par million de personnes¹. Les facteurs de risque sont l'obésité, l'activité physique intense et la présence d'hernie abdominale^{1,2}. La douleur est généralement aiguë, localisée, non irradiante et persistante¹. 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^{1,2}. La fièvre, les nausées, les vomissements, la diarrhée, la constipation et les ballonnements abdominaux surviennent rarement¹. Si l'inflammation s'étend à la vessie, des symptômes peuvent se manifester dans le système urinaire inférieur, entraînant ainsi un diagnostic erroné d'infection urinaire.

L'appendicite et la diverticulite sont aussi à considérer pour le diagnostic différentiel. Dans l'établissement du diagnostic d'appendagite épiploïque, la tomodensitométrie offre une meilleure sensibilité et spécificité que l'échographie³. Les principaux résultats observés par tomodensitométrie sont un anneau et un point central hyperdenses¹. L'affection est spontanément résolutive et

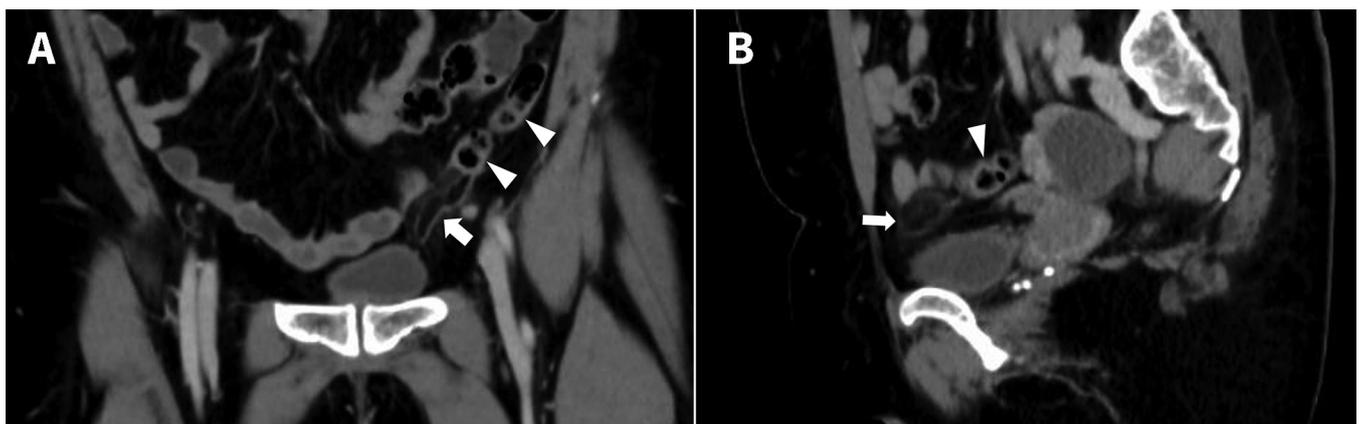


Figure 1 : Examen tomodensitométrique avec agent de contraste d'une femme de 39 ans atteinte d'appendagite épiploïque montrant un anneau hyperdense caractéristique (pointes de flèche) adjacent au côlon sigmoïde (flèches). (A) Vue coronale et (B) vue sagittale.

peut-être prise en charge grâce à des analgésiques anti-inflammatoires, et on note habituellement une amélioration dans les 14 jours¹. Des complications comme l'adhérence, l'occlusion intestinale et l'invagination surviennent rarement¹⁻³. La connaissance de cette affection permet une réduction des démarches inutiles (hospitalisations, interventions chirurgicales, recours aux antibiotiques).

Références

1. Qudsiya Z, Lerner D. Acute epiploic appendagitis: an overlooked cause of acute abdominal pain. *Cureus* 2020;12:e10715.
2. Giambelluca D, Cannella R, Caruana G, et al. CT imaging findings of epiploic appendagitis: an unusual cause of abdominal pain. *Insights Imaging* 2019;10:26.
3. Almeida AT, Melão L, Viamonte B, et al. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians — diagnostic imaging, pitfalls, and look-alikes. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193:1243-51.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

Affiliations : Département de médecine interne générale (Nakagawa), Université médicale de Fukushima, Fukushima, Japon; Département de soins primaires et

de santé communautaire (Miyata), Université médicale Aichi, Nagakute, Japon.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit

adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Hiroaki Nakagawa, hraknkgw@fmu.ac.jp