

APPENDICITE À GAUCHE : À PROPOS D'UN CAS EXCEPTIONNEL CHEZ L'ADULTE DIAGNOSTIQUÉ À ANTANANARIVO

A. AHMAD, H. RAKOTONDRAMANGA, H. RATAHINARISOA, E.S. MAHAZO, HAJA, K. KEITA

Med Trop 2006 ; 66 : 277-278

RÉSUMÉ • Les auteurs rapportent une observation d'appendicite aiguë sur appendice logeant dans la fosse iliaque gauche. Bien que son tableau clinique soit celui d'une forme classique, une particularité clinique et les antécédents familiaux du patient font suspecter une situation anormale de l'appendice qui sera confirmée en préopératoire par un lavement baryté, facilitant ainsi le geste chirurgical.

MOTS-CLÉS • Appendicite à gauche - Anamnèse - Lavement baryté - Chirurgie

LEFT-SIDED APPENDICITIS: DESCRIPTION OF A RARE CASE IN AN ADULT PATIENT DIAGNOSED IN ANTANANARIVO

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe a case of appendicitis in the left iliac fossa. Clinical presentation involved pain in the right iliac fossa with all classical signs of appendicitis. Anomalous location of the appendix was suspected on the basis of a special clinical feature and the patient's family history. Confirmation was achieved by colic contrast enema before surgical treatment.

KEY WORDS • Appendicitis - Left iliac fossa - Colic contrast enema - Surgery.

Pathologie courante en pratique chirurgicale et de diagnostic essentiellement clinique, une appendicite aiguë doit être évoquée devant une douleur de la fosse iliaque droite. Mais si la situation anatomique de l'appendice est droite, une localisation dans la fosse iliaque gauche représente une éventualité exceptionnelle le plus souvent imprévue. Nous rapportons un cas où des circonstances particulières firent évoquer cette éventualité.

OBSERVATION

Monsieur R., âgé de 20 ans, est vu en consultation chirurgicale pour une douleur de la fosse iliaque droite à type de torsion mais avec une forte irradiation vers la région lombaire et la fosse iliaque gauche, accompagnée de nausées, d'un état fébrile à 38,5°C, d'une lourdeur et crampes à répétition dans la jambe gauche.

L'examen clinique objective une douleur vive avec déflexion pariétale à la palpation profonde des fosses iliaques droite et gauche.

Les examens biologiques montrent une hyperleucocytose à 9000 cellules par ml avec une polynucléose neutrophile à 80% et une accélération de la vitesse de sédimentation.

De plus, le patient nous informe que son père a subi une appendicectomie laborieuse avec un appendice localisé dans la fosse iliaque gauche.

Le diagnostic d'appendicite aiguë est évoqué mais le caractère particulier de l'irradiation de la douleur vers la fosse

iliaque gauche et cette particularité paternelle font suspecter cette forme anatomique particulière.

Un cliché d'abdomen sans préparation ne montrant aucune anomalie (Fig. 1), nous réalisons un lavement baryté, seul examen d'imagerie disponible, qui met en évidence un colon ascendant et un cœcum



Figure 1 - ASP en position debout : pas d'anomalie viscérale significative.

• Travail du Service de radiologie (A.A., H.R., H.Rat., ???) CHU/HJR Antananarivo, du Service de Chirurgie viscérale (E.S.M., H., ???) CHU/HJR Antananarivo et du Service de Radiologie (K.K., ???) CHU Yopougon Abidjan

• Correspondance : H. RAKOTONDRAMANGA, Service de radiologie, CHU/HJR Antananarivo, Madagascar.

• Courriel : baokely@yahoo.fr •

• Article reçu le 2/04/2004, définitivement accepté le 15/03/2006.



Figure 2 - Lavement baryté en simple contraste : colons à gauche avec visualisation de l'appendice à gauche.

situés dans la fosse iliaque gauche avec une boucle sigmoïdienne à droite (Fig. 2).

Nous sommes donc devant une appendicite aiguë à début clinique droit mais située dans la fosse iliaque gauche.

Une laparotomie sous ombilicale de nécessité nous permet de découvrir un cæcum long, accolé dans sa partie supérieure sur l'axe iliaque gauche et plongeant dans le cul de sac de Douglas où se trouve l'appendice.

Une appendicectomie classique sur un appendice très long et inflammatoire suivie d'une péritonisation du moignon et d'une fermeture plan par plan est réalisée. Les suites opératoires sont simples avec une reprise de transit au deuxième jour et une sortie au 4^e jour.

COMMENTAIRES

Du point de vue embryologique, le bourgeon cœcal se développe aux dépens de la branche inférieure de l'anse ombilicale. Sa situation définitive est le résultat de la rotation de l'anse ombilicale ainsi que de l'accroissement du bourgeon cœcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite. Il occupe ainsi successivement l'hypochondre gauche au 3^e mois, l'hypochondre droit au 4^e mois, puis la fosse iliaque droite à terme (position normale chez 90% des adultes).

Un défaut de rotation entraîne un positionnement atypique du bourgeon cœcal, en particulier dans la fosse iliaque gauche où elle sera le plus souvent de découverte fortuite (1-4).

Le plus souvent ces mal-rotations demeurent asymptomatiques ou, dans quelques rares cas, révélées par un volvulus du grêle à droite (5) qui survient le plus souvent précocement dans les trois premiers mois de vie. Dans d'autres cas comme le nôtre la révélation est plus tardive, à l'âge adulte (8, 15). En effet, cette éventualité a été évoquée chez notre patient par les éléments cliniques puis confirmée par un lavement baryté qui nous a ainsi permis d'éviter de probables difficultés opératoires (11).

Cette confirmation diagnostique peut également être apportée par la TDM sans et avec injection ou par l'échographie qui s'avère très opérateur dépendant (4, 6, 7, 9, 12, 13, 17, 18).

Dans certains cas, une laparoscopie ou une laparotomie peut s'avérer indispensable pour le diagnostic et la prise en charge thérapeutique (9, 14, 16).

CONCLUSION

Devant un syndrome appendiculaire classique mais associé à une irradiation très particulière de la douleur et des antécédents familiaux, un lavement baryté nous a permis de révéler une appendicite à gauche. Ce diagnostic préopératoire a facilité le geste chirurgical.

RÉFÉRENCES

- ADLOFF M, SCHLOEGEL - Appendicite. *Encycl Med Chir Estomac-Intestin* 1989, 90066, A10, 10.
- ADLOFF M - Chirurgie de l'appendice iléo-cœcal. *Encycl Méd Chir* 1976, 40500,4
- CHEVALLIER JM - Tronc. Anatomie. Vol 1. Médecine-Sciences Flammarion ed, Paris, 1998, pp 234-40.
- TAOUREL P, BAUD C, LE GUEN V *et Coll* - Le péritoine acteur de la pathologie abdominale. Edition française de radiologie Masson (Paris). *J Radiol* 2004; **85** : 574-90.
- PETIT P, PRACROS JP - Place de l'échographie dans les urgences digestives de l'enfant. Edition française de radiologie Masson (Paris). *J Radiol* 2001; **82** : 764-78.
- PILLEUL F, CROMBE TERNAMIAN A, FOUQUE P *et Coll* - Exploration de l'intestin grêle par les techniques de l'imagerie en coupes. Edition française de radiologie. Masson ed, Paris. *J Radiol* 2004; **85** : 517-32.
- LEE JH, JEONG YK, PARK KB *et Coll* - Operator-dependent techniques for graded compression sonography to detect the appendix and diagnose acute appendicitis. *Am J Roentgenol* 2005; **184** :91-7.
- BREITENSTEIN S, EISENBACH C, WILLE G *et Coll* - Incarcerated vermiform appendix in a left-sided inguinal hernia. *Hernia* 2005; **9** : 100-2.
- LIN CJ, TIU CM, CHOU YH *et Coll* - CT presentation of ruptured appendicitis in an adult with incomplete intestinal malrotation. *Emerg Radiol* 2004; **10** : 210-2.
- ANDREN-SANDBERG A, RYSKA M - Exploratory laparoscopy at suspicion of acute appendicitis. Review. *Rozhl Chir* 2004; **83** :131-7.
- TURKYILMAZ Z, SONMEZ K, KONUS O *et Coll* - Diagnostic value of plain abdominal radiographs in acute appendicitis in children. *East Afr Med J* 2004; **81** :104-7.
- CELIKA, ERGUN O, OZBEK SS *et Coll* - Sliding appendiceal inguinal hernia: preoperative sonographic diagnosis. *J Clin Ultrasound* 2003; **31** :156-8.
- KIRSHENBAUM M, MISHRA V, KUO D, KAPLAN G - Resolving appendicitis: role of CT. *Abdom Imaging* 2003; **28** : 276-9.
- TAOUREL P, KESSLER N, BLAYAC P *et Coll* - Acute appendicitis: to image or not to image? *J Radiol* 2002; **83** :1952-60.
- TSUMURA H, ICHIKAWA T, KAGAWA T, NISHIHARA M - Successful laparoscopic Ladd's procedure and appendectomy for intestinal malrotation with appendicitis. *Surg Endosc* 2003; **17** : 657-8.
- RATANI RS, HALLER JO, WANG WY *et Coll* - Role of CT in left-sided acute appendicitis: case report. *Pediatr Radiol* 2003; **33** : 70-1.
- MOBERG AC, AHLBERG G, LEIJONMARCK CE *et Coll* - Diagnostic laparoscopy in 1043 patients with suspected acute appendicitis. *Eur J Surg* 1998; **164** : 833-40; discussion 841.
- HIGASHI N, HIRAI K - Nonrotation of the midgut with abnormality of the superior mesenteric artery. *Kaibogaku Zasshi* 1998; **73** : 529-32.
- NISOLLE JF, BODART E, DE CANIERE L *et Coll* - Acute left-side appendicitis: diagnostic contribution of tomodensitometry. *Arch Pediatr* 1996; **3** : 47-50.