

Appendicite Aigue Gauche Sur Malrotation Intestinale: A Propos D'un Cas

Geraldo Raouf Fayisall,

Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé (Togo)
Service de Chirurgie viscérale, Centre Hospitalier Moulins-Yzeure (France)

Ndasu Matendo Hugues,

Musteata Liviu,

Krasovski Valeriu,

Nitu Valentin,

Gastaud Thierry,

Cattan Fabrice,

Service de Chirurgie viscérale, Centre Hospitalier Moulins-Yzeure (France)

Doi:10.19044/esj.2020.v16n9p36

[URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n9p36](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n9p36)

Résumé

L'appendicite aiguë est une urgence fréquente nécessitant une prise en charge chirurgicale en urgence. Dans sa forme typique, elle se manifeste par un syndrome d'irritation péritonéale en fosse iliaque droite. Toutefois, le tableau clinique est variable selon la localisation de l'appendice. Nous rapportons un cas d'appendicite gauche sur malrotation intestinale chez une patiente de 43ans, obèse, porteuse d'une uropathie malformative et multi-opérée ; admise pour douleur en fosse iliaque gauche. Pas de fièvre, ni vomissement. L'examen clinique a retrouvé une irritation péritonéale en fosse iliaque gauche. Le bilan biologique a révélé un syndrome inflammatoire et une insuffisance rénale. Le scanner abdominal a permis de poser le diagnostic d'appendicite iliaque gauche sur mésentère commun complet. Elle a bénéficié d'une appendicectomie par laparotomie avec voie d'abord de Jalaguier gauche. Les suites opératoires ont été simples. L'appendicite sur mésentère commun complet est rare. Le diagnostic est basé sur le scanner abdomino-pelvien. Le traitement consiste en une appendicectomie idéalement par coelioscopie.

Mots-clés : Appendicite Aiguë Gauche, Mésentère Commun, Diagnostic, Traitement

Left-Sided Acute Appendicitis on Intestinal Malrotation: A Case Report

Geraldo Raouf Fayisall

Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé (Togo)
Service de Chirurgie viscérale, Centre Hospitalier Moulins-Yzeure (France)

Ndasu Matendo Hugues,

Musteata Liviu,

Krasovski Valeriu,

Nitu Valentin,

Gastaud Thierry,

Cattan Fabrice,

Service de Chirurgie viscérale, Centre Hospitalier Moulins-Yzeure (France)

Abstract

Acute appendicitis is a common abdominal condition requiring emergency surgery. The typical manifestation is a peritoneal irritation in the lower-right quadrant of abdomen. However, this clinical presentation varies depending on the location of the appendix. Herein, we report a case of a left appendicitis on midgut malrotation in a 43-year-old obese patient with malformative and multi-operated uropathy; admitted with abdominal pain in the lower-left quadrant of the abdomen. No fever, no vomiting. The clinical examination revealed a peritoneal irritation in the left iliac fossa. The laboratory examination yielded an inflammatory syndrome and renal failure. An abdominal CT scan was performed and revealed a left iliac appendicitis on a complete common mesentery. An appendectomy was performed by laparotomy with left Jalaguier approach. The post-operative status was simple. Appendicitis on complete common mesentery is rare. The diagnosis is based on the abdominal CT scan. The treatment is the appendectomy ideally through laparoscopy.

Keywords: Left-Sided Acute Appendicitis, Common Mesentery, Diagnosis, Treatment

Introduction

L'appendicite est une l'une des urgences fréquentes en chirurgie (Flamant, 2005). Elle nécessite une prise en charge rapide et adaptée pour

éviter la survenue de complications. Le diagnostic est clinique, dans les formes typiques et basé sur la présence d'un syndrome d'irritation péritonéale en fosse iliaque droite. La certitude diagnostique est scanographique. En dehors de ces formes classiquement décrites, il existe des présentations atypiques en rapport avec les localisations ectopiques de l'appendice. Ce qui peut fausser l'orientation clinique et retarder le diagnostic.

Nous rapportons un cas d'appendicite aiguë iliaque gauche sur malrotation intestinale chez une patiente multi-opérée dans le cadre d'une uropathie congénitale. L'objectif est de décrire les circonstances du diagnostic, la prise en charge et faire la revue de la littérature.

Observation

Une patiente de 43ans a été admise pour des douleurs en fosse iliaque gauche, violentes depuis 24heures sans notion de fièvre ni de vomissements. Cliniquement, elle présentait une irritation péritonéale localisée à la fosse iliaque gauche et une obésité morbide avec un Indice de Masse Corporelle de 41kg/m².

La patiente était porteuse d'une malformation rénale (avec rein unique gauche), dans le cadre d'un syndrome poly-malformatif avec une micro-vessie, une atrésie ano-rectale. Elle a eu trois ans plus tôt une réimplantation urétéro-vésicale puis d'une dérivation urinaire par iléo-urétéro-cystoplastie pour cancer de la vessie, et une ovariectomie gauche pour tumeur ovarienne. Elle a présenté des épisodes de pyélonéphrites à répétition.

On notait une insuffisance rénale connue avec une clairance de la créatininémie à 50,4 ml/min (formule de Cockcroft-Gault), un syndrome inflammatoire avec une C-Reactive Protein à 18mg/l. La leucocytose était à 8500/mm³. Elle a été mise sous traitement antalgique (morphine) et antibiotique (Ceftriaxone injectable 2 grammes / 24 heures). L'ionogramme sanguin, le taux de plaquettes et le bilan hépatique était normaux. Le taux de beta HCG plasmatique était normal.

Devant la persistance de la douleur et de l'irritation, un scanner abdominal sans injection de produit de contraste a été réalisé 24 heures plus tard, montrant une appendicite aiguë gauche sur mésentère commun ; foie, rate et cœur en position normale (Figure n°1).



Figure 1 A et B : formation digestive tubulaire au niveau de la fosse iliaque gauche, origine fond du caecum, avec une stercolithe intra-luminale et paroi épaisse, infiltration graisseuse autour sans collection visible (A : coupe axiale; B : reconstruction frontale)

L'indication d'une intervention chirurgicale fut posée en urgence. Elle a eu une appendicectomie par voie d'abord de Jalaguier gauche sous anesthésie générale. L'examen anatomo-pathologique a confirmé une appendicite aiguë suppurée avec réaction péritonéale. Les suites opératoires ont été simples et la patiente fut sortie après 72 heures.

Discussion

Sur le plan embryologique, l'anse intestinale primitive subit trois rotations de 90° dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Ce qui amène le bourgeon caecal successivement à gauche, en haut puis à droite. Ainsi, les anomalies de rotation sont à l'origine du mésentère commun qui peut être complet (souvent asymptomatique) ou incomplet avec risque de volvulus surtout chez l'enfant (Pinto et al., 2007; Powell et al., 1989).

Dans notre description, la patiente présentait une appendicite gauche. Cette une forme rare dans la littérature (Nelson et Pesola, 2001; Robeley et Desmettre, 2018). De plus, la localisation gauche de l'appendice est plus fréquente dans le cadre des situs inversus. Ainsi, sur 95 cas d'appendicite à gauche publiés par Akbulut et al., seuls 31% des cas sont en rapport avec une malrotation intestinale (Akbulut et al., 2010).

Le diagnostic a été posé à l'aide du scanner abdomino-pelvien qui représente l'examen clé du diagnostic (Israelit et al., 2009). Les difficultés diagnostiques étaient dues au tableau clinique compatible avec plusieurs pathologies. En effet, les principaux diagnostics différentiels évoqués étaient une pyélonéphrite aiguë (du fait de l'uropathie malformative et des sondages vésicaux réguliers) et la diverticulite sigmoïdienne (Loiseau et al., 2005). Il faut noter que les cas d'appendicite aiguë gauche se définissent par la localisation de l'appendice à gauche. Ils doivent être distingués des cas où

l'appendice est à droite mais avec irradiation de la douleur à gauche (Hou et al., 2005; Nisolle et al., 1996). Dans certains cas, le lavement baryté permet de poser le diagnostic (Ahmad et al., 2006).

Le traitement chirurgical a consisté en une appendicectomie par laparotomie (voie de Jalaguier à gauche). Les choix de cette voie d'abord dans notre cas était guidé par les habitudes du chirurgien (Birnbaum et al, 2013) et le risque prévisible d'adhérences. Néanmoins, la coelioscopie reste la technique préconisée dans ces cas du fait de ses intérêts diagnostique et thérapeutique (Nisolle et al., 1996; Palanivelu et al., 2007).

Aurait pu se discuter, l'intérêt d'une appendicectomie préventive dans ce cas. En effet, lors de l'ovariectomie gauche réalisée chez cette patiente des années plus tôt, l'appendice aurait été identifié (Taniguchi et Kilkenny, 1950; Krone et Sperke, 1989).

Conclusion

L'appendicite gauche est rare et plus souvent associée à un situs inversus. Ce diagnostic doit être évoqué devant la présence d'un syndrome d'irritation péritonéale en fosse iliaque gauche. La confirmation est basée sur le scanner abdomino-pelvien. Le traitement est chirurgical et la voie d'abord dépend des habitudes du chirurgien et des antécédents notamment chirurgicaux abdominaux du patient.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

References:

1. Ahmad A, Rakotondramanga H, Ratahinarisoa H, Mahazo ES, Haja, Keita K. Appendicite à gauche : à propos d'un cas exceptionnel chez l'adulte diagnostiqué à antananarivo. *Med Trop* 2006; 66:277-278.
2. Akbulut, Ulku, Senol, Tas, et al. Left-sided appendicitis: Review of 95 published cases and a case report. *World J Gastroenterol* 2010; 16(44):5598-602.
3. Birnbaum DJ, Geffroy Y, Goin G, Balandraud P. Left Side Appendicitis with Midgut Malrotation in an Adult. *Journal of Surgical Technique and Case Report* 2013; 5(1).
4. Flamant Y. Associations de recherche en chirurgie. Douleurs abdominales aiguës de l'adulte. In: Rambaud JC (ed) *Traité de gastro-entérologie*. Flammarion, Paris 2005 ; pp 198-210.
5. Hou SK, Chern CH, How CK, Kao WF, Chen JD, Wang LM, *et al.* Diagnosis of appendicitis with left lower quadrant pain. *J Chin Med Assoc* 2005; 68:599-603.

6. Israelit S, Brook OR, Nira BR, Guralnik L, Hershko D. Left-sided perforated acute appendicitis in an adult with midgut malrotation: the role of computed tomography. *Emerg Radiol* 2009; 16(3):217-8.
7. Krone HA, Sperke E. Die prophylaktische Appendektomie bei gynäkologischen Eingriffen: Bericht über 1718 Fälle. *Geburtsh. u. Frauenheilk* 1989; 49(12):1035-8.
8. Loiseau D, Borie F, Agostini F, Millat B. Diverticulite sigmoïdienne. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 2005; 29(8-9):809-16.
9. Nelson MJ, Pesola GR. Left lower quadrant pain of unusual cause. *J Emerg Med* 2001; 20:241-5.
10. Nisolle JF, Bodart E, de Canière L, Bahati M, Michel L, Trigaux JP. Appendicite aiguë d'expression clinique gauche : apport diagnostique de la tomodensitométrie. *Arch Pediatr* 1996; 3:47-50.
11. Palanivelu C, Rangarajan M, John S J, Senthilkumar R. Madhankumar M V, Singapore. Laparoscopic appendectomy for appendicitis in uncommon situations: the advantages of a tailored approach. *Med J* 2007; 48(8):737.
12. Pinto A, Raimondo DD, Tuttolomondo A et al. An atypical clinical presentation of acute appendicitis in a young man with midgut malrotation. *Radiography* 2007; 13: 164-8.
13. Powell DM, Othersen HB, Smit CD. Malrotation of the Intestines in Children: The Effect of Age on Presentation and Therapy. *J Pediatr Surg* 1989; 24(8):777-80.
14. Robeley E, Desmettre T. Appendicite à gauche révélant un mésentère commun. *Ann. Fr. Med. Urgence* 2018; 8:122-123.
15. Taniguchi T, Kilkenny GS. Prophylactic appendectomy in gynecological surgery: A review of 532 cases. *Am. J. Obst. & Gynec* 1950; 60(6):1359-62