

Douleurs latéro-thoraciques gauches

Présentation atypique d'une appendicite épiploïque

Daniel Castro Reina, Thomas Nierle, Thierry Parret

Service de Médecine interne, HJB, Saint-Imier

Résumé

Il s'agit d'un patient de 58 ans qui consulte aux urgences en raison de l'apparition soudaine de douleurs thoraciques gauches depuis 48 heures. Ce dernier ne présente pas de dyspnée, de toux ou d'expectorations; à noter également l'absence d'état fébrile et de frisson. La douleur est exacerbée à l'inspiration, sans modification à la palpation.

Une embolie pulmonaire est écartée par un CT scan thoracique injecté, qui révèle cependant une appendicite épiploïque localisée dans l'hypocondre gauche.

La douleur est facilement maîtrisée par la prise d'AINS et de paracétamol et l'évolution a été rapidement favorable sans complication.

Ce case report met en évidence une étiologie atypique et méconnue à des douleurs thoraciques.

Introduction

Les douleurs thoraciques aiguës représentent l'un des principaux motifs de consultation aux urgences. De nombreuses étiologies peuvent provoquer l'apparition de douleurs thoraciques dont certaines représentent une urgence vitale, telles que le syndrome coronarien aigu, l'embolie pulmonaire, le pneumothorax sous tension, la dissection de l'aorte ou encore la tamponnade péricardique. Une fois ces étiologies graves écartées, persiste encore un large diagnostic différentiel. Dans ce contexte, un diagnostic précis s'avère nécessaire afin d'introduire une thérapeutique adéquate. A notre connaissance, seules de rares descriptions dans la littérature font état de douleurs latéro-thoraciques gauches secondaires à une appendicite épiploïque, diagnostic rare et souvent méconnu.

Présentation du cas

Un patient de 58 ans se présente aux urgences en raison de douleurs latéro-thoraciques gauches apparues brutalement 48 heures auparavant, sans notion de trou-

matisme. Il décrit une douleur non irradiante mais augmentant à l'inspiration, sans dyspnée associée. Il n'y a pas d'état fébrile ou de frissons, ni toux ou expectorations.

Le patient est connu pour une hypertension artérielle pour seul facteur de risque cardiovasculaire. Il ne présente pas anamnestiquement d'antécédents thromboembolique, ni de prédisposition à cet égard.

A l'examen clinique, le patient présente des paramètres vitaux alignés et tant l'examen clinique abdominal que cardio-pulmonaire reste sans particularité.

L'électrocardiogramme montre un rythme sinusal régulier sans anomalie significative, rendant un syndrome coronarien aigu dès lors peu probable. Un pneumothorax et une pneumonie sont également écartés par une radiographie thoracique, non pertinente. Un bilan biologique est non contributif.

En appliquant le score de Wells modifié pour le diagnostic de l'embolie pulmonaire, la probabilité d'un tel événement est alors estimée faible. Un dosage quantitatif des D-dimères est effectué, dont le taux significativement élevé à 884 ng/ml (norme <500 ng/ml) reste non exclusif. Un CT scan thoracique injecté complète le bilan permettant d'écarter définitivement le diagnostic d'embolie pulmonaire. Cet examen met toutefois en évidence une infiltration de la graisse entre la paroi abdominale antérieure et l'angle splénique avec une bande opaque dans la section axiale (fig. 1) et sagittale (fig. 2). Ces images patognomoniques permettent de poser le diagnostic d'appendicite épiploïque sous-diaphragmatique dans le quadrant abdominal supérieur gauche.

Prise en charge et traitement

Le patient bénéficie d'un traitement conservateur avec AINS (ibuprofen 400 mg 3 fois par jour) et paracétamol 1 g quatre fois par jour. Le patient regagne son domicile le jour même de sa consultation aux urgences.

Le patient est revu à 48 heures et au 7^e jour. Il est alors indemne de douleurs thoraciques et le traitement analgésique est sevré progressivement sans récurrence algique.



Figure 1: Coupes axiales du CT scan abdominal montrant une infiltration de la graisse entourée par une bande opaque, pathognomonique d'une appendicite épiploïque (flèches).

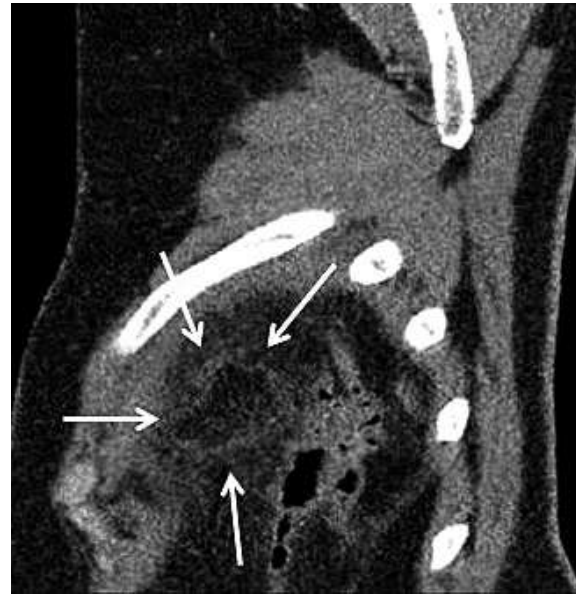


Figure 2: Coupes sagittales du CT scan abdominal. Observons l'infiltration de la graisse en dessous du diaphragme, entre la paroi abdominale antérieure et l'angle splénique (flèches).

Correspondance:
Dr Daniel Castro Reina
Hôpital du Jura bernois
Rue des Fontenayes 17
CH-2610 Saint-Imier
danielcastroreina[at]
hotmail.com

Discussion

Les appendices épiploïques sont des diverticules graisseux entourés de péritoine qui se forment durant le développement embryonnaire. Un adulte sain présente physiologiquement entre 50 et 100 appendices épiploïques. Ils sont clairement plus nombreux dans la région recto-sigmoïdienne [1], sont pédonculés et présentent une vascularisation précaire les prédisposant à un événement ischémique ou thrombotique, ainsi qu'à une torsion [2, 3].

L'incidence de l'appendicite épiploïque reste très basse, estimée à 8 cas par million d'habitants et par année. L'obésité semble être le principal facteur de risque identifié [4]. L'âge moyen des patients présentant une telle pathologie se situe entre 40 et 50 ans [5].

Les patients souffrent habituellement de manifestations cliniques digestives, telles douleurs abdominales, nausées ou vomissements. Les douleurs se situent le plus fréquent en fosse iliaque gauche ou droite sans qu'il n'existe une défense ou une détente. Les manifestations

cliniques de la région thoracique sont beaucoup moins fréquentes et restent exceptionnelles, n'ayant que rarement été décrites. Les douleurs sont alors basithoraciques, rendant plus difficile le diagnostic. L'inspiration forcée ainsi que les épisodes de toux peuvent exacerber la douleur [6]. Un seul cas semble avoir été décrit, après revue de la littérature [7].

Le diagnostic est généralement posé avec l'aide d'un CT scan thoracique qui montre une légère augmentation de la densité graisseuse par rapport à la norme (environ -80 U Hounsfield). Les appendicites épiploïques peuvent rester visibles au CT scan pendant plusieurs semaines voire davantage [8]. S'il existe une contre-indication formelle au CT scan, le diagnostic peut se faire par IRM qui montre une morphologie similaire [9]. L'ultrason peut parfois être contributif également [10].

Le traitement reste en premier lieu conservateur et composé d'une analgésie simple par paracétamol et AINS. Le pronostic est favorable avec disparition de la douleur en moins d'une semaine, la moyenne étant de 5 jours [11].

Remerciements

Nous remercions la Dresse Sabine Schmidt Kobbe, Service de Radiologie du CHUV à Lausanne, pour son travail de traitement des images utilisées dans cet article.

Informed consent

La publication a été réalisée avec l'accord du patient.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

Conclusions pour la pratique

L'appendicite épiploïque fait partie du diagnostic différentiel des patients présentant des douleurs thoraciques atypiques, spécialement basithoraciques et s'acutisant avec l'inspiration.

Généralement le diagnostic se fait par CT scan. Si ce dernier est contre-indiqué, le recours à l'IRM, voire à l'ultrasonographie est possible.

Le traitement reste conservateur et la douleur disparaît en moins d'une semaine.

Literatur / Références

- 1 Ahmad S, Khan ZA, Sheikh MY, Khan S, Ur Rheman A, Uddin B. Primary epiploic appendagitis: 3 case reports. *J Pak Med Assoc.* 2011 Jan;61(1):83–5.
- 2 Jobé J, Ghuysen A, Meunier P, D'Orio V. L'appendagite épiploïque, un diagnostic méconnu. *Rév. Med Liège.* 2009;64:382–5.
- 3 Almeida AT, Melão L, Viamonte B, Cunha R, Pereira JM. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians – diagnostic imaging, pitfalls, and looks-alikes. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;193:1243–51.
- 4 Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. – Epiploic appendagitis and omental infarction: pitfalls and look-alikes. *Abdominal Imaging.* 2002;27:20–8.
- 5 Carmichael DH, Organ CH jr. – Epiploic disorders: conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg.* 1985;120:1167–72.
- 6 Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese T, Steinstraesser L, Mann B. Epiploic appendagitis – clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surg.* 2007;7:11.
- 7 Sites V, Wall C, Scholz F. Epiploic appendagitis masquerading as a pulmonary embolism. *Computerized medical imaging and graphics.* 2004;28:1–3.
- 8 Ng KS, Tan AG, Chen KK, Wong SK, Tan HM. CT features of primary epiploic appendagitis. *Eur J Radiol.* 2006;59:284–8.
- 9 Sirvanci M, Balci NC, Karaman K, Duran C, Karakas C. – Primary epiploic appendagitis: MRI findings. *Magn Reson Imaging.* 2002;20:137–9.
- 10 Oztunali C, Kara T. Radiologic findings of epiploic appendagitis. *Med Ultrason.* 2013;15:71–2.
- 11 Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics.* 2005;25:1521–34.