

Diagnostic correct posé seulement de façon rétrospective

La diverticulite autrement

Dragoljub Kovacevic, médecin diplômé; Dr méd. Kristjan Ukejjini; Dr méd. Sandro Lionetto

Fachbereich Chirurgie, Spitalregion Fürstenland Toggenburg, Wil



Contexte

La diverticulite de l'appendice iléo-cæcal est une forme rare d'appendicite qu'il convient de traiter comme une appendicite classique, c'est-à-dire au moyen d'une appendicectomie (par voie laparoscopique ou à ciel ouvert). Dans la littérature, une incidence d'environ 0,004–2,1% est rapportée. Les patients touchés présentent les symptômes de l'appendicite et subissent une appendicectomie sans que le diagnostic ait été correctement posé avant l'opération. Le pronostic est en règle générale bon, même si une survenue concomitante de maladies malignes de l'appendice iléo-cæcal est décrite.

Présentation du cas

Anamnèse

Un chauffeur de bus à la retraite âgé de 69 ans souffrant de douleurs hypogastriques depuis deux jours a été envoyé au service des urgences par son médecin de famille par l'intermédiaire des services de secours. Le patient a déclaré ne pas présenter de nausées ou vomissements. Les dernières selles, aqueuses, avaient été émises il y a deux jours. A l'anamnèse, il a été noté que le patient avait passé deux mois auparavant un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de Sellink de l'intestin grêle en raison d'une constipation chronique, et qu'aucune anomalie n'avait été trouvée. Une intolérance alimentaire avait également été exclue. Une précédente coloscopie/gastroscolopie n'avait pas révélé de pathologies. Les échantillons histologiques prélevés dans ce cadre n'ont pas non plus révélé d'anomalies. Un diabète sucré de type II était bien contrôlé par des antidiabétiques oraux. En outre, le patient prenait régulièrement du tramadol (600 mg/j) en raison d'un lumbago chronique avec antécédents de décompression chirurgicale, spondylodèse et vertébroplastie L4/L5 réalisées en septembre 2013. Depuis un quadruple pontage aorto-coronarien en octobre 2004, le patient était sous traitement par bêtabloquants et acide acétylsalicylique. Il n'y avait pas eu de précédentes opérations abdominales. Des symptômes B n'ont pas été rapportés.



Dragoljub Kovacevic

Statut

Le patient s'est présenté dans un état général considérablement réduit. Sur le plan clinique, le patient obèse (indice de masse corporelle de 31 kg/m²) présentait une défense abdominale, qui était généralisée à l'ensemble de l'abdomen mais maximale au niveau de la partie ombilicale et hypogastrique du côté droit (point de McBurney), ainsi que des bruits intestinaux rares. L'examen rectal n'a pas révélé d'anomalies.

Résultats

La température (mesure auriculaire) était de 38,8 °C et les paramètres vitaux étaient les suivants: 145/87 mm Hg, pouls à 108/min et saturation en oxygène à 94% sous 2 litres d'O₂. Au laboratoire, une leucocytose à 20 G/l (norme: 4,0–10,0) et une élévation de la protéine réactive C (CRP) de 56 mg/l (norme: <5) ont été trouvées. A la tomodensitométrie (TDM), une appendicite perforée a été décrite, avec atteinte inflammatoire réactionnelle sur un court segment du côlon sigmoïde allongé, directement adjacent sur le plan dorsal; aucune abcédation n'a été mise en évidence.

Traitement

Le patient a été informé sur l'appendicectomie par voie laparoscopique et opéré encore le même jour. Pendant l'opération, une péritonite purulente des quatre quadrants dans le cadre de la perforation de l'appendice iléo-cæcal (voir fig. 1) a été observée. Le diagnostic d'appendicite perforée a ainsi été posé. L'appendice iléo-cæcal a pu être ligaturé à sa base au niveau du tissu sain (voir fig. 2). Le drainage de l'abdomen au préalable rincé abondamment a été réalisé via la pose d'un drain «easyflow» dans l'excavation recto-vésicale via un accès suprapubien.

Evolution

Une prophylaxie antibiotique a été conduite avant l'opération par administration intraveineuse d'1,5 g de céfuroxime. L'administration postopératoire d'amoxicilline/acide clavulanique par voie intraveineuse a été poursuivie pendant huit jours. En postopératoire, l'analgésie a en outre dû être complétée par une anesthésie péridurale. L'activité intestinale a repris de fa-

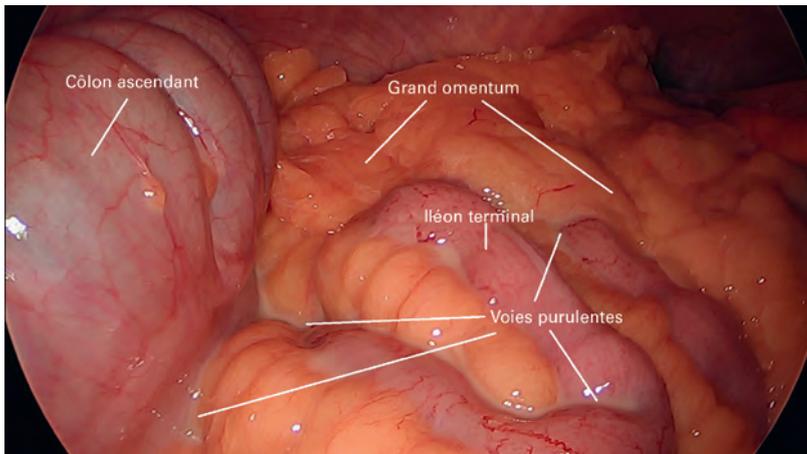


Figure 1: Vue intra-opératoire d'une péritonite purulente des quatre quadrants.

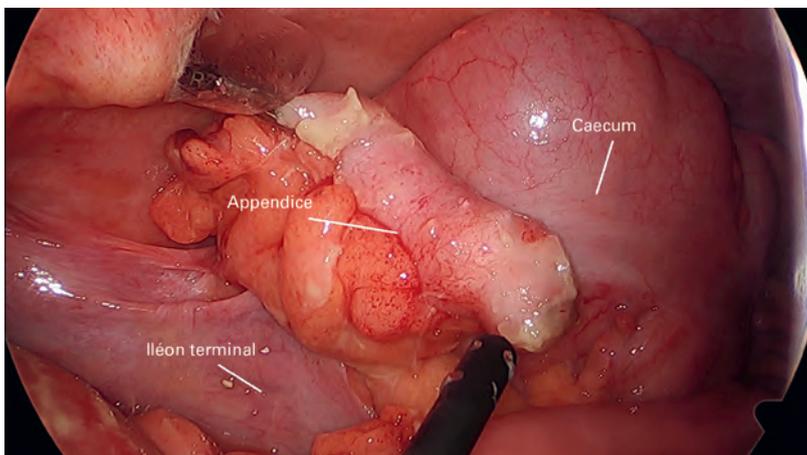


Figure 2: Vue après la ligature de l'appendice perforé.

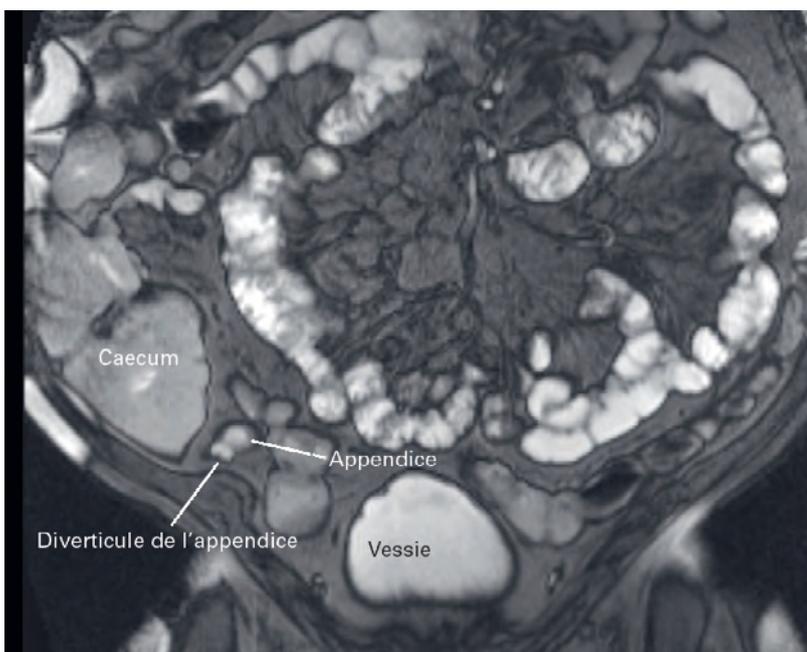


Figure 3: Imagerie par résonance magnétique de Sellink réalisée deux mois auparavant.

çon retardée et les premières selles postopératoires n'ont eu lieu que trois jours après l'opération. En raison de la consistance séreuse et de la faible quantité drainée, le drain a été retiré le 3^e jour suivant l'opération. La reprise de l'alimentation n'a pas posé de problème. Les paramètres inflammatoires ont en premier lieu régressé, mais la CRP a toutefois de nouveau augmenté le cinquième jour suivant l'opération (CRP passant de 229 à 281 mg/l).

Une TDM de l'abdomen n'a pas révélé d'indices suggérant des collections liquidiennes intra-abdominales anormales. Sous antibiothérapie intraveineuse, les valeurs de CRP ont régressé le septième jour suivant l'opération (CRP à 49 mg/l). Sur le plan clinique, le patient ne présentait plus de symptômes à l'exception d'une douleur à la pression résiduelle dans l'hypogastre droit, et il a pu quitter l'hôpital sous une antibiothérapie orale pour une durée de cinq jours supplémentaires.

L'examen histologique de l'appendice réséqué a montré une diverticulite de l'appendice iléo-cæcal perforée au niveau la pointe. Aucun indice de néoplasie ou oblitération intraluminal n'était présent. La diverticulite de l'appendice iléo-cæcal en tant que cause de la perforation n'a donc pu être diagnostiquée correctement que de façon rétrospective. La TDM initiale a été réévaluée avec les collègues de la radiologie après obtention du diagnostic histologique. Rétrospectivement, aucun indice qui aurait permis de poser le diagnostic correct avant l'opération n'a été trouvé. L'interprétation rétrospective de l'IRM de Sellink (voir fig. 3) conduite deux mois auparavant a toutefois montré deux diverticules non inflammatoires au niveau de l'appendice iléo-cæcal. Ces derniers n'avaient toutefois pas été mentionnés lors de la première interprétation.

Discussion

La diverticulite de l'appendice iléo-cæcal a été décrite pour la première fois par Kelynack en 1893 et elle survient aussi bien sous forme congénitale que sous forme acquise [1]. La forme congénitale est très rare et touche toutes les couches de la paroi intestinale. Jusqu'à présent, moins de 50 descriptions de cas de diverticulite congénitale de l'appendice iléo-cæcal ont été publiées [1]. En règle générale, le diagnostic de cette forme rare est seulement posé par le pathologiste. Elle est la plupart du temps manquée aussi bien par le chirurgien pendant l'opération que par le radiologue à l'imagerie [1, 2]. L'échographie haute résolution, avec sa spécificité et sa sensibilité élevées de plus 90%, occupe une place de premier plan dans le diagnostic de l'appendicite, mais son rôle dans la détection d'une diverticulite appendiculaire reste incertain [1, 3].

Correspondance:
Dragoljub Kovacevic,
médecin diplômé
Spitalregion Fürstenland
Toggenburg
Spital Wil
Fürstenlandstrasse 32
CH-9500 Wil
dragoljub.kovacevic[at]srft.ch

La diverticulite acquise est certes globalement plus fréquente que la forme congénitale, mais avec une incidence de 0,004% à 2,1% parmi toutes les appendicectomies, elle reste rare [1, 2]. Cette forme est plus souvent responsable aussi bien de perforations que d'hémorragies [2]. La physiopathologie supposée comprend une obstruction de la lumière appendiculaire. Cette dernière provoque des altérations inflammatoires et favorise la formation de faux diverticules dans la paroi intestinale. Des hémorragies diverticulaires nécessitant une transfusion peuvent parfois se produire à partir de ces diverticules [2, 4]. Dans la littérature, une incidence concomitante allant jusqu'à 48% de néoplasies mucineuses ou de carcinoïdes, d'adénomes mucineux, d'adénomes tubulaires, d'adénocarcinomes et de pseudomyxomes péritonéaux est décrite [1, 2]. Le risque réel de malignité ne peut toutefois pas être décrit avec certitude en raison de la faible fréquence de cette affection. Dans le cadre d'une étude ré-

trospective, Yardimci et al. ont montré qu'en cas de diverticulite perforée de l'appendice mise en évidence à l'histologie, l'analyse rétrospective des examens TDM préopératoires retrouvait significativement plus souvent de la graisse péri-appendiculaire («fat stranding»), un plus grand diamètre de l'appendice et des collections liquidiennes localisées par rapport aux patients présentant une appendicite sans diverticulite [5]. Sur la base de leur étude rétrospective, Käser et al. ont conclu qu'il convient de réaliser une appendicectomie en cas de découverte accidentelle d'un diverticule non inflammatoire de l'appendice iléo-cæcal [4]. Nos recherches ne permettent pas de répondre de façon univoque à la question de savoir si les diverticules asymptomatiques diagnostiqués accidentellement à la radiologie doivent être opérés.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 El-Saady AM. Diverticulitis of the appendix: is it clinically significant. *Egypt J Surg.* 2016;35:150–3.
- 2 Zubieta-O'Farrill G, Guerra-Mora JR, Gudino-Chávez A, Gonzalez-Alvarado C, Cornejo-López GB, Villanueva-Sáenz E. Appendiceal diverticulum associated with chronic appendicitis. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5:961–3.
- 3 Dirks K, Calabrese E, Dietrich CF, Gilja OH, Hausken T, Higginson A, et al. EFSUMB Position Paper: Recommendations for Gastrointestinal Ultrasound (GIUS) in Acute Appendicitis and Diverticulitis. *Ultraschall Med.* 2019;1(7):119.
- 4 Käser SA, Willi N, Maurer CA. Prevalence and clinical implications of diverticulosis of the vermiform appendix. *J Int Med Res.* 2013;41(4):1350–6.
- 5 Yardimci AH, Bektas CT, Pasaoglu E, Kinaci E, Ozer C, Sevinc MM, et al. Retrospective study of 24 cases of acute appendiceal diverticulitis: CT findings and pathological correlations. *Jpn J Radiol.* 2017;35(5):225–32.

L'essentiel pour la pratique

- Macroscopiquement, il est fréquent que la diverticulite de l'appendice iléo-cæcal se présente seulement comme une appendicite perforée.
- L'appendicectomie reste le traitement de choix, que le diagnostic de diverticulose ou diverticulite de l'appendice iléo-cæcal ait été posé avant l'opération ou non.
- Les diverticules de l'appendice iléo-cæcal non enflammé en tant que découverte intra-opératoire fortuite devraient être traités prophylactiquement par appendicectomie.