

## UNE APPENDICITE DE LOCALISATION ATYPIQUE : APPORT DE LA COLOSCOPIE AU DIAGNOSTIC.

### AN ATYPICAL LOCALIZED APPENDICITIS : THE ROLE OF COLONOSCOPY IN THE DIAGNOSIS.

**Abdel Karim SERME (1), Sy Simon TRAORE(2), Apollinaire SAVADOGO (3), Maurice ZIDA(2), Roger SOMBIE (1), Alain BOUGOUMA (1), Piga Daniel ILBOUDO (1)**

1 : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, service de gastroentérologie ; 2 : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, service de chirurgie digestive ; 3 : Centre Hospitalier Universitaire Sanou Sourou, service de médecine

Travail du département de : **Service de gastroenterologie du centre hospitalier universitaire yalgado ouedraogo de ouagadougou (burkina faso)**

Correspondances et tires a part : **abdel Karim Serme 01 bp 952 ouagadougou 01 burkina faso serme\_abdel@yahoo.fr tél. : (226) 70 25 01 74**

**RESUME :** Le diagnostic de l'appendicite à gauche est fait en dehors de la laparotomie à l'imagerie médicale (échographie et scanner). Les auteurs rapportent ici un cas où le diagnostic a été fait à la coloscopie. Ils militent à travers une analyse basée sur le cas rapporté et ceux de la littérature en faveur de l'emploi de la coloscopie comme moyen diagnostique de confirmation des appendicites lorsque l'imagerie médicale (scanner) est inaccessible ou est pris à défaut.

**Mots clé :** Appendicite atypique, coloscopie

**SUMMARY :** The left sided appendicitis diagnosis is made apart from the medical imaging laparotomy (echography, and computed tomography). In this text, the authors deal with a case where colonoscopy has been used to make the diagnosis. Through an analysis based on a reported case and literature, they argue for the use of colonoscopy as diagnosis means to confirm appendicitis when medical imaging (computed tomography) is not accessible or has been used.

**Key words:** atypical appendicitis, colonoscopy

L'appendicite située à gauche est rare. Elle est associée soit à un situs inversus soit à une malrotation intestinale [1,2]. Le diagnostic est évoqué sur les signes cliniques d'appendicite à gauche et confirmé par les examens morphologiques (échographie, scanner). Nous rapportons ici un cas de diagnostic coloscopique.

**OBSERVATION :** Mme K.C. a été vue en consultation dans un service de gynécologie pour douleur pelvienne, fièvre et rectorragie évoluant depuis six (6) jours. La douleur était à type de crampe, sans irradiation, post prandiale tardive et calmée par les vomissements alimentaires. La rectorragie constatée deux fois par la malade était faite de selles striées de sang, la fièvre non chiffrée n'était accompagnée ni de frisson ni de sueur. La patiente aurait présenté 5 épisodes douloureux identiques en 2 ans, lesquels s'amendaient toutes les fois après un traitement associant des antibiotiques, antispasmodiques et des antiparasitaires. Le caractère récidivant de la douleur et sa localisation pelvienne ont motivé une consultation dans un service de gynécologie. Elle a été référée, par la suite, dans le service d'hépatogastroentérologie.

A l'examen clinique on notait une hyperthermie à 38°, une anémie clinique,

une masse oblongue (40x30 mm), ferme, douloureuse, fixée par rapport au plan profond, sous ombilicale se prolongeant en bas vers la fosse iliaque gauche ; le toucher rectal ne retrouvait pas de masse, le doigtier revenait souillé de sang.

L'hémogramme révélait une anémie microcytaire à 9g d'hémoglobine/100 ml et un taux de leucocytes normal (7000 leucocytes/ml) ; la CRP était à 96 mg (N<12mg). L'examen parasitologique des selles, la recherche de plasmodium et l'hémoculture n'avaient objectivé aucun agent pathogène.

L'échographie montrait une masse hypodense hétérogène oblongue de la région sous ombilicale gauche, l'appendice n'avait pas été visualisé. Le foie, la rate, l'utérus et les annexes étaient normaux et situés dans leurs loges respectives. L'échographie concluait à une masse de la région sous ombilicale à explorer par une TDM pour déterminer l'organe étiologique.

La présence d'une rectorragie avait fait préférer la coloscopie comme méthode d'exploration à la recherche d'une tumeur colique. Cet examen réalisé sous sédation vigile (diazépam 5mg + tiemonium 5 mg en IVD) avec un coloscope optique Olympus CF 30L monté sur une camera OCV 100 de la même marque mettait en évidence un aspect tuméfié congestif de la muqueuse

péri - orificielle de l'appendice (figure 1) : le diagnostic d'appendicite était évoqué.

Une laparotomie exploratrice retrouvait un colon droit et un coecum flottant. Le coecum était à gauche avec un gros appendice inflammatoire accolé et adhérent au rectum par la réaction inflammatoire péri appendiculaire. Une appendicectomie était faite avec des suites opératoires favorables. Le diagnostic d'appendicite gauche était retenu. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait le diagnostic.

Les suites opératoire ont été sans complication, la patiente a été revue régulièrement pour les pansements de la plaie opératoire et a été perdue de vue après la cicatrisation complète.

**DISCUSSION :** Le diagnostic d'appendicite est fortement évoqué à la clinique et les cas douteux bénéficiaient d'une laparotomie exploratrice. Toutefois l'imagerie médicale actuellement disponible et de réalisation facile permet de confirmer ou de redresser le diagnostic d'appendicite réduisant ainsi l'indication d'une laparotomie à visée diagnostique (3,4). Faisant une analyse rétrospective de la coloscopie dans le diagnostic de l'appendicite dans ce nouveau concept, Chang et al [5] ont montré la performance de cet examen. En effet bien que le but des coloscopies réalisées n'était pas le diagnostic de l'appendicite, il retrouvait une sensibilité de 100%, une spécificité de 99%, une valeur prédictive positive de 95% et négative de 100%. Dans notre cas d'étude, la symptomatologie clinique évoquait une tumeur colique (bénigne, maligne, amoebome), une masse annexielle, une colite inflammatoire. L'échographie avait éliminé le diagnostic de la pathologie annexielle. la coloscopie était réalisée à la recherche d'une masse colique et/ou des signes de colite inflammatoire : l'aspect de l'appendice a fait évoquer une appendicite de localisation atypique confirmée à la laparoscopie et l'étude histologique. L'inflammation importante de l'orifice appendiculaire était certainement responsable de la rectorragie. La masse palpée était la tuméfaction appendiculaire et la région peri-orificielle. Le diagnostic de la malformation était posé à la laparoscopie. Classiquement, le diagnostic d'appendicite à gauche et de la malformation associée sont faits à l'imagerie médicale devant les signes de cette affection située à gauche [1,2]. L'étude de Chang et al [5] l'a bien montrée. La coloscopie en permettant une vision directe est plus performante que le scanner dans le diagnostic de l'appendicite : dans cet article la coloscopie a permis de poser le diagnostic dans 11 cas confirmés ultérieurement par la laparoscopie et ou l'histologie et pour lesquels le scanner avait éliminé l'appendicite. Malgré cette performance, la coloscopie ne rentre pas dans le plateau technique des examens à réaliser en

cas de suspicion d'appendicite à cause de son coût et de son caractère invasif (risque de perforation, mauvaise tolérance de l'examen). Pour ces raisons, certains auteurs [5,6] ne recommandent pas la réalisation de la coloscopie dans un but diagnostique dans cette affection. Chang et al [5] dans leur série (la plus importante publiée) ne signalent aucune complication. Notre examen s'est effectué sous sédation vigile sans exacerbation importante de la douleur et aucune complication n'a été signalée dans les suites de l'examen. La douleur est un indice de risque d'apparition de complication telle la perforation ; la réalisation de la coloscopie sous sédation vigile peut être une méthode de prévention des complications en particulier la perforation. Elle nous semble être donc la sédation indiquée pour la coloscopie en cas de suspicion d'appendicite.

Nous pensons que dans un contexte, comme le nôtre, où la coloscopie est plus accessible que le scanner, elle peut être l'examen de confirmation diagnostique des appendicites atypiques. Ailleurs elle pourrait être, en cas d'appendicite clinique non confirmée par l'imagerie médicale (échographie et scanner), l'examen de choix diagnostique.

### Références

- 1- Kamiyama T, Fujiyoshi F, Hamada H, Nakayo M, Harada O, Haraguchi Y. Left-sided Acute Appendicitis with Intestinal Malrotation. Radiation Med. 2005 ; 23 : 125-127.
- 2- Dussaut JP, Paleoti H, Colineau X, Tourette JH, Muyan P, Nun P, et al. . What is it ? Left-sided appendicitis. J Radiol 2000 ; 81 : 59-61.
- 3- Taourel P. Exploration de l'appendicite par l'imagerie : la fin des certitudes. J Radiol 2001 ;82 : 443-443.
- 4- Regimbeau JM, Couchard AC, Panis Y. Place de l'imagerie dans le diagnostic de l'appendicite aigue de l'adulte : le point de vue du chirurgien. J Radiol 2001; 82 : 107.
- 5- Chang HS., Yang SK, Myung SJ, Jung HY, Hong WS, Kim JH, et al. The role of colonoscopy in the diagnosis of appendicitis in patient with atypical presentations. Gastrointest Endosc 2002; 56 : 343-348.
- 6- Courtney EDJ, Melville D, Leicester RJ. Chronic appendicitis diagnosed incidentally by colonoscopy. Hosp Med 2003 ; 64 : 434-435.



Fig 1 : Orifice appendiculaire tumefié

fig 1 : Swollen appendiceal orifice