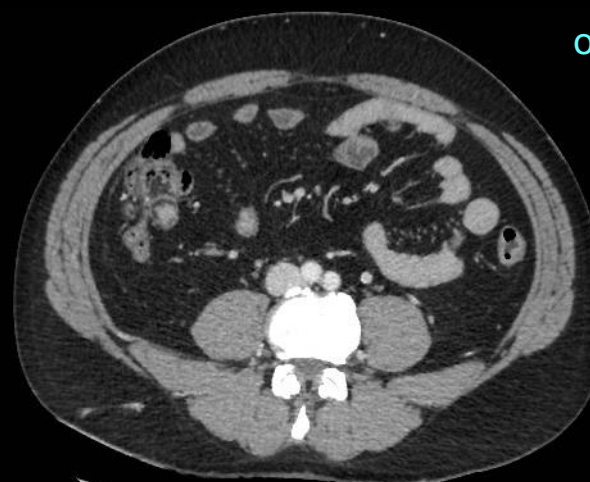
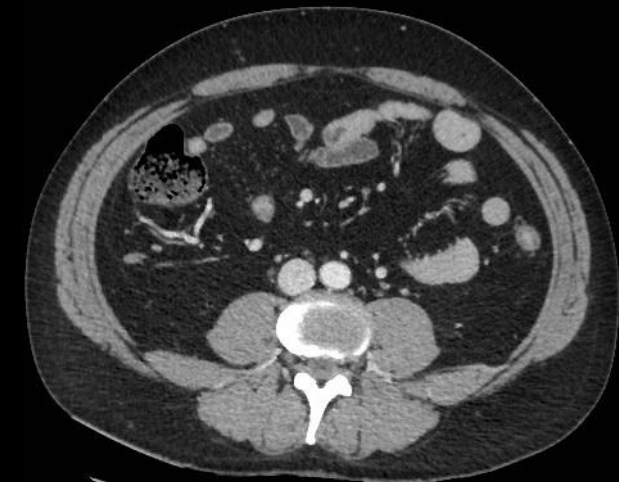
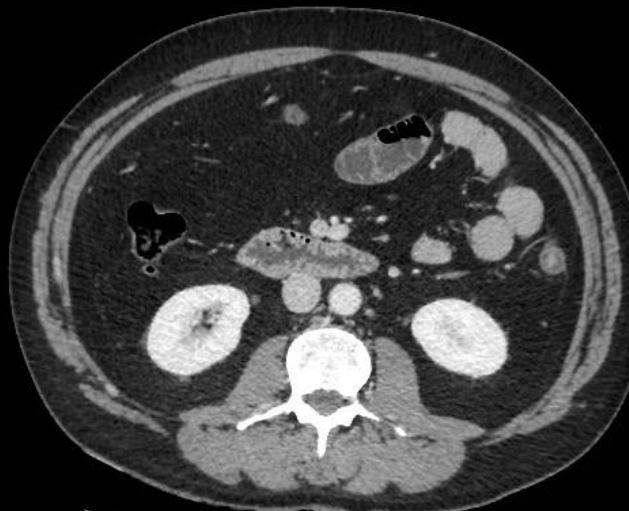
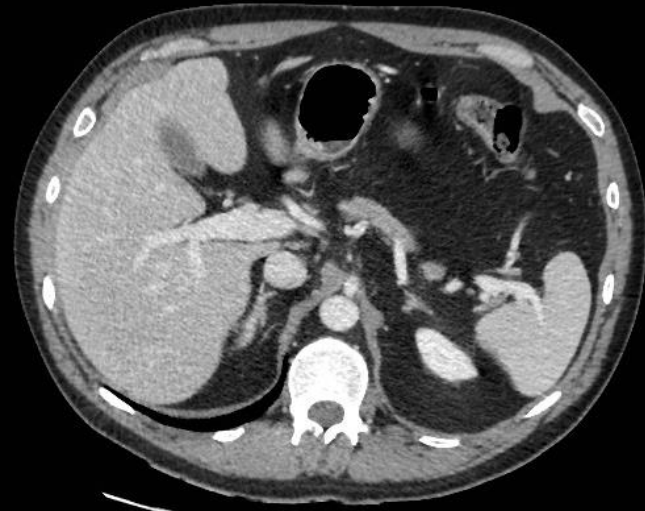


Homme, 41 ans Pas d'antécédent Douleur de la fosse iliaque droite

Echographie et biologie en ville mettant en évidence une masse de 2 cm péri-appendiculaire et CRP : 9 mg/l PNN 11000 /mm³

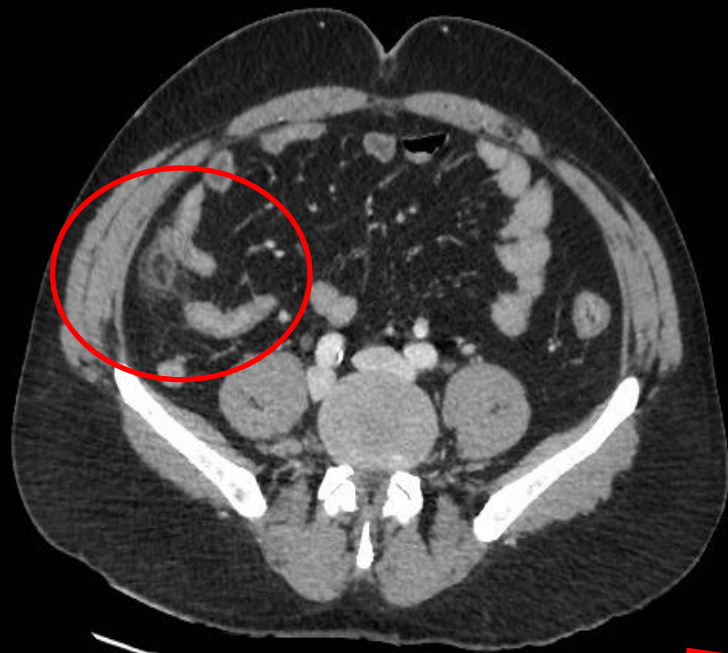
Pas de fièvre, pas de trouble du transit

Florence .Beuret IHN

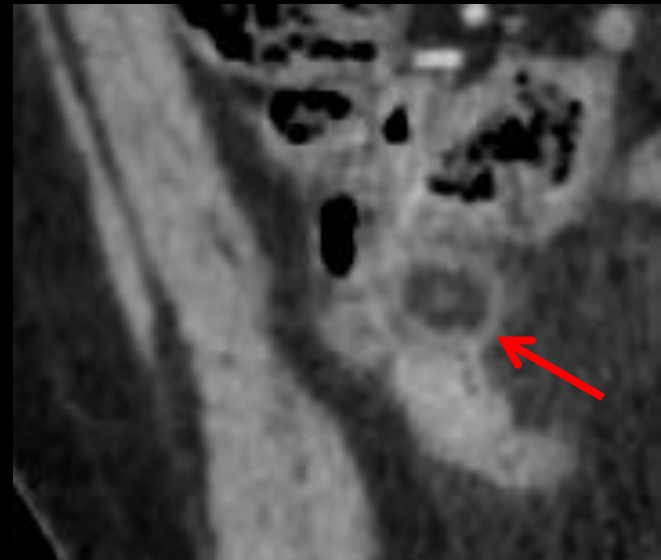
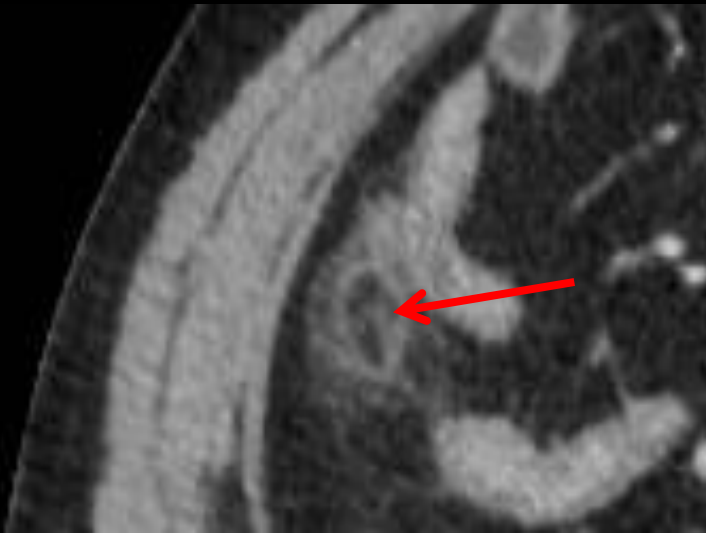
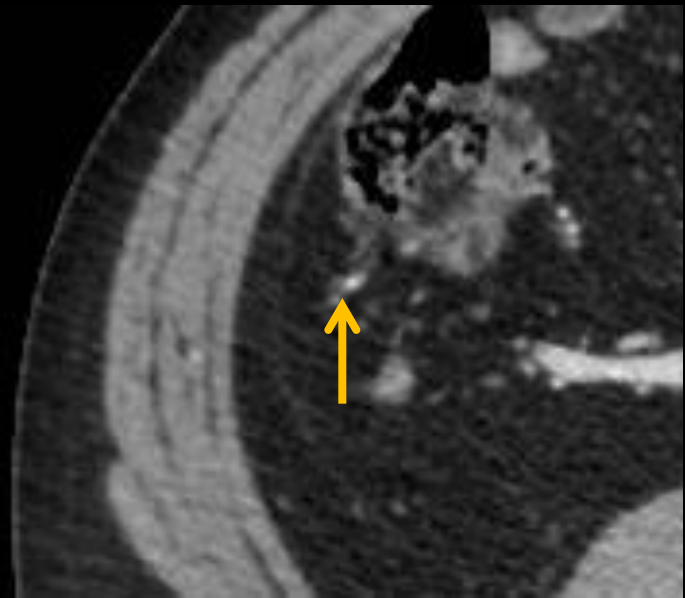
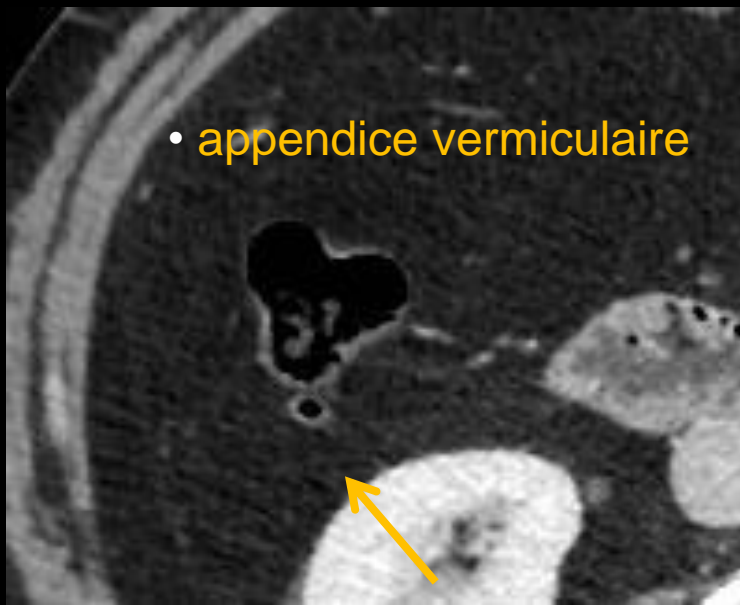


obs. HA Legouest Metz





- Infiltration de la graisse péri caecale en fosse iliaque droite centrée sur une image ovale en navette à centre grasseux hypodense et à contours périphériques hyperdenses : **appendagite**
- **appendice rétro-caecal** avec un trajet ascendant, fin et non rétentionnel : pas d'appendicite aiguë
- pas d'adénomégalie profonde, pas d'épanchement intrapéritonéal



• appendice épiploïque (appendage en langue anglaise) para caecal

Appendagite

Franges / appendices épiploïques

Expansions de la **séreuse péritonéale viscérale** qui entoure le colon, enchâssant une quantité variable de graisse, **pédiculées** et attachées par une base plus ou moins étroite à la surface externe de la paroi colique

Présence **d'une centaine d'appendices épiploïques** sur l'ensemble du cadre colique, **du cæcum** à la charnière recto-sigmoïdienne. Absentes au niveau du rectum.

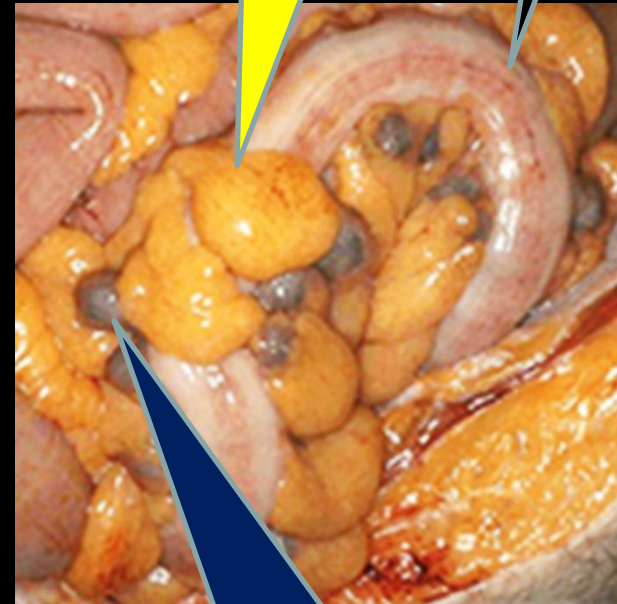
Vascularisation précaire issue de la vascularisation colique

Non visualisés spontanément chez le sujet sain.

les franges épiploïques sont sans relation directe avec les diverticules

franges graisseuses
épiploïques

sigmoïde



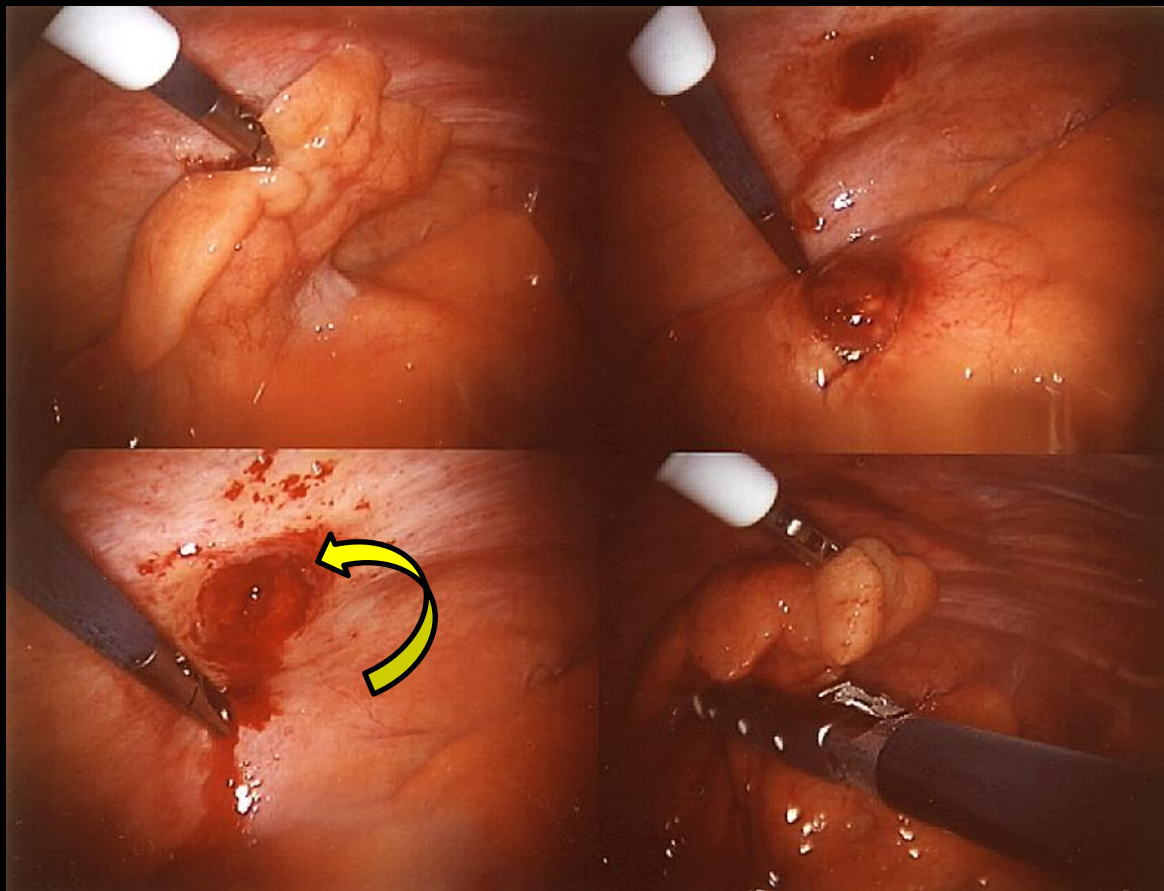
diverticules sigmoïdiens

méso sigmoïde

franges graisseuses
épiploïques (appendage)



diverticule
sigmoïdien



résection coelio-chirurgicale d'une appendagite ; notez l'importance de la réaction inflammatoire du péritoine pariétal (siège de l'innervation sensitive) , après désinsertion de la frange épiploïque (flèche courbe jaune). Cela explique :

.le caractère très précis du siège de la douleur que le patient peut désigner avec la pointe du doigt

.le caractère intense et souvent durable des douleurs

.la fixité de l'image échographique qui ne se déplace pas avec les mouvements respiratoires , même de grande amplitude

Appendagite

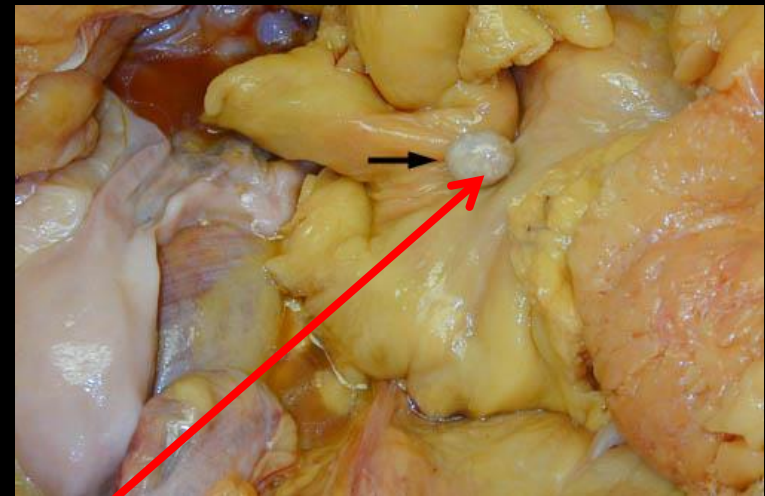
Physiopathologie

Appendagite épiploïque primitive

3 **mécanismes** physiopathologiques sont à l'origine de son infarcissement :

- **torsion** du pédicule vasculaire
- **thrombose spontanée de la veine** de drainage
- inflammation spontanée sans torsion ni altération vasculaire, qui serait secondaire à une hyperplasie lymphoïde

Caecum et sigmoïde ++ (les appendices épiploïques y sont plus longs, plus nombreux++)



La conséquence de l'infarcissement (d'origine veineuse) est une nécrose graisseuse, à l'origine d'une réaction de **résorption lipophagique**. Celle-ci peut se chroniciser : transformation fibreuse nodulaire et calcification : ""**souris péritonéale** mobile dans la cavité péritonéale

Appendagite

Epidémiologie

Pathologie rare mais non exceptionnelle

Fréquence estimée à **1,3% des douleurs abdominale explorée par TDM***.

Incidence: 8,8 cas/millions personnes/année

Age médian : 40 ans.

Légère prédominance masculine.

Facteur favorisant: **surpoids** (appendices épiploïques plus nombreux et plus grands).

Clinique

Douleur constante, souvent persistante , de siège variable

Signes d'accompagnement rares

Masse abdominale sous-pariétale palpable (10 à 30 % des cas), douloureuse

Biologie aspécifique

Appendagite

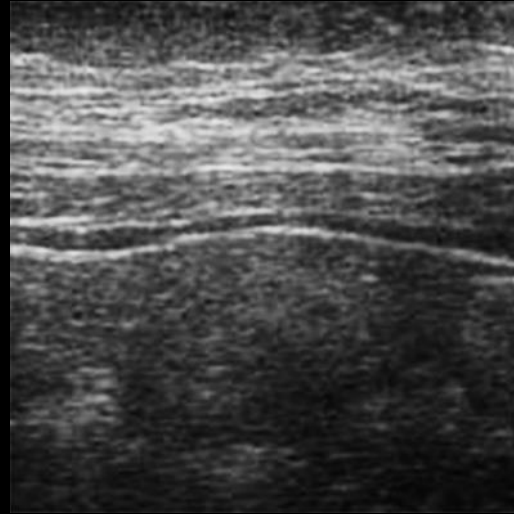
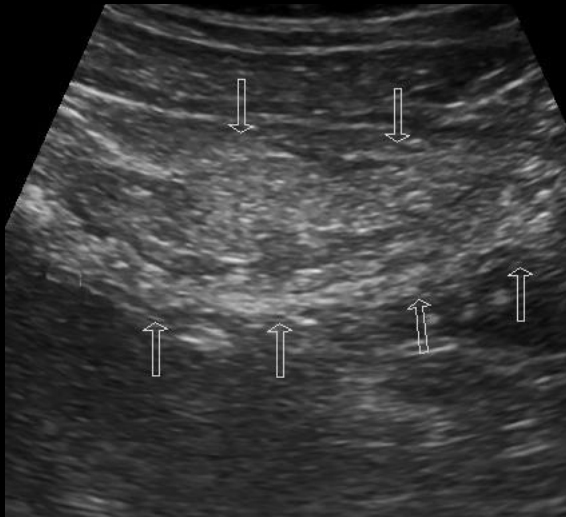
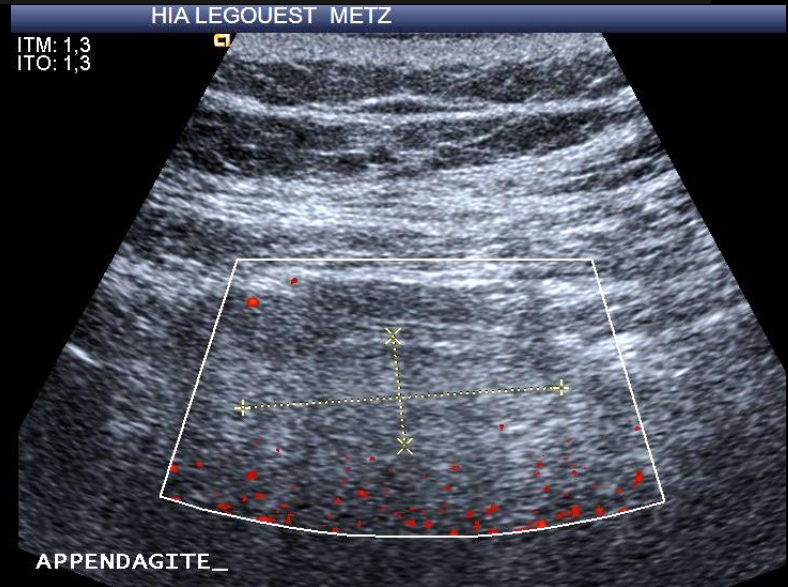
Imagerie : échographie

masse intra péritonéale, ovoïde, bien limitée non dépressible, sensibilité élective

non mobilisée au cours des mouvements respiratoires car fixée au péritoine pariétal

halo périphérique hypoéchogène

pas de flux en doppler, ou rarement en périphérique



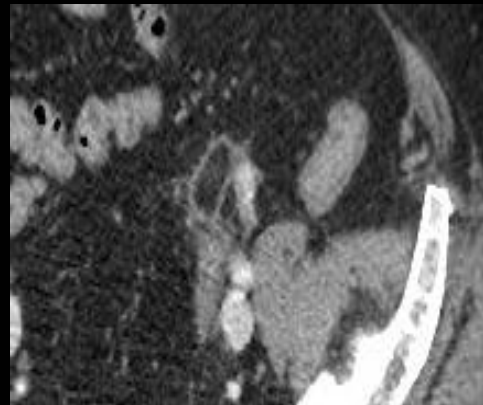
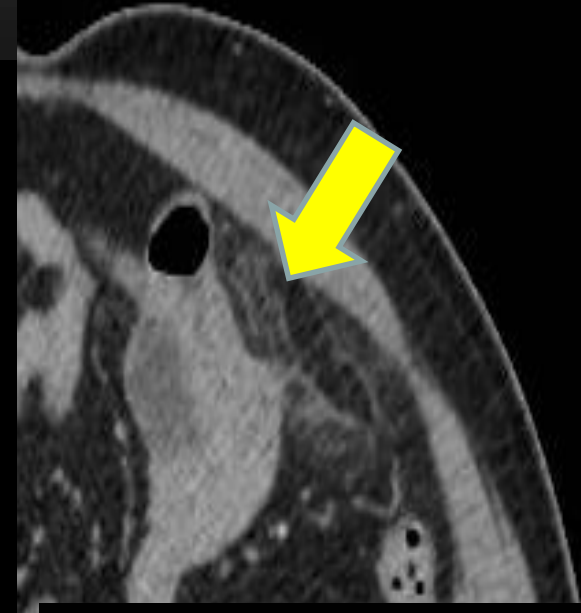
Appendagite

Imagerie : scanner

Formation graisseuse de densité plus élevée (- 60 UH) que la graisse normale (-120 UH) , en son centre

Forme ovale, en navette, limitée par un anneau de densité plus élevé, fin (1 à 2 mm d'épaisseur), prenant le contraste en cas d'injection de produit de contraste iodé.

Epaissement du péritoine pariétal en regard



Appendagite

De Brito et Al 2008

Diagnostic différentiel

Points importants de différenciation par l'imagerie entre AEP et infarctus primitif du grand épiploon.

Critères d'imagerie	AEP	Infarctus grand épiploon
Situation colique	gauche	droite et transverse
Localisation par rapport colon	antérieure et latérale	antérieure et interne
Taille	≤ 3 cm	> 3 cm
Effet de masse	±	+
Apparence scanner	anneau dense	masse graisseuse hétérogène

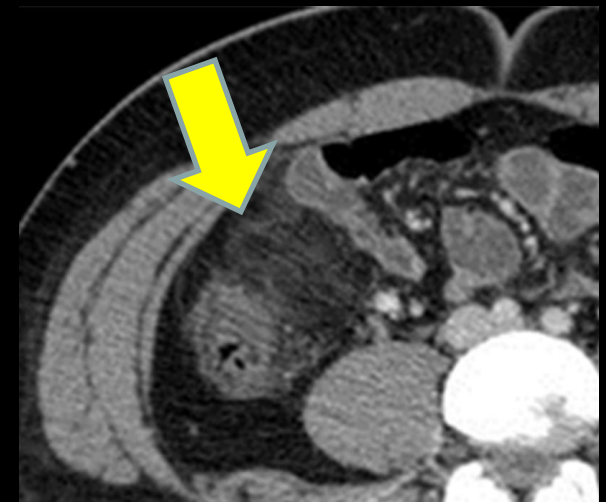
Appendicite aiguë

Diverticulite

Infarctus du grand épiploon

(scanner: lésion graisseuse inflammatoire plus volumineuse située en interne du côlon droit, le plus souvent alors que les appendagites sont plus antérieures ou externes)

Panniculite mésentérique



Appendagite

Autres pathologies de l'appendice épiploïque

" souris " péritonéale : nécrose graisseuse aseptique et calcification

Infection , rarement primitive, plus souvent secondaire à une extension d'une pathologie inflammatoire locale (sigmoïdite, appendicite)

Torsion d'un appendice épiploïque au sein d'une hernie pariétale antérieure (inguinale oblique externe , hernie de Spiegel) ou lombaire

Site de développement tumoral bénin ou malin : tumeurs lipomateuses primitives ?????

Traitement

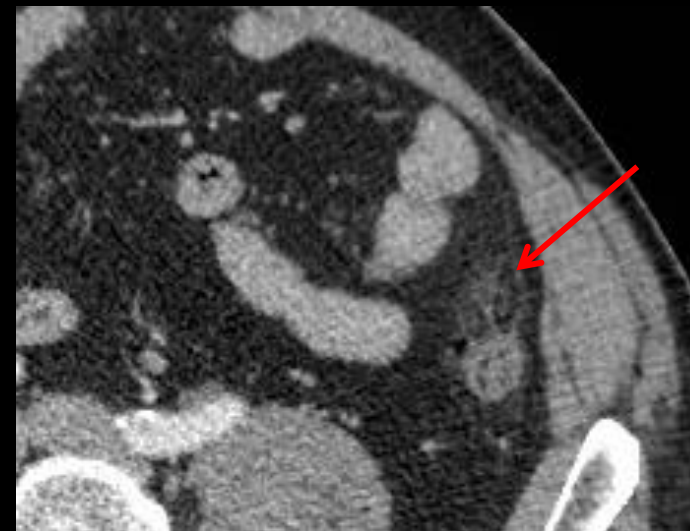
Traitement conservateur : antalgiques, anti-inflammatoires

Pas d'indication pour antibiotique ou chirurgie

Evolution favorable

Complications exceptionnelles (moins de 2,7%) : occlusion intestinale sur adhérence, abcès, récurrence...

Pas d'indication à une imagerie de contrôle.



Appendagite

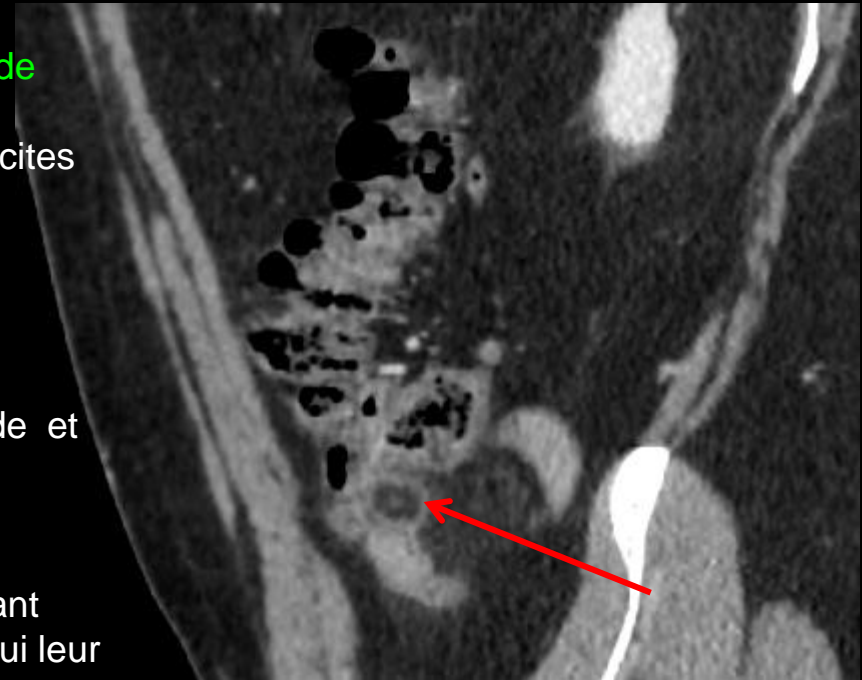
TAKE HOME MESSAGE

Pathologie rare mais non exceptionnelle **qui a été sortie de l'anonymat par l'imagerie en coupes**. Les chirurgiens connaissaient bien ce diagnostic différentiel des appendicites aiguës mais n'avaient pas jugé bon d'en faire une entité

l'imagerie identifie facilement les images qui sont quasi pathognomoniques, permettant un diagnostic de certitude et la prise en charge par un traitement conservateur, sans hospitalisation ni antibiothérapie.

les rédacteurs des revues médicales ont crié grâce devant l'avalanche de cas cliniques et/ou de revues générales qui leur ont été proposées sur ce sujet.

ce diagnostic reste une satisfaction pour le jeune interne qui voit ainsi ses efforts récompensés mais honte et "carton rouge" à celui (ou celle !) qui méconnaîtrait cette pathologie, même si son expérience est limitée



Bibliographie

- De Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Fréquence et épidémiologie descriptive de l'appendicite épiploïque primitive par l'exploration tomodensitométrique des douleurs abdominales de l'adulte. J Radiol 2008 ; 89 : 235-243.
- Bonnefoy S, Corberand D, Sinayoko L, Harnois F, Mennecier D, Thiolet C. Appendagite épiploïque primitive: à propos d'un cas. Gastroenterol Clin Biol 2008; 32: 1092-94.
- C Barbier , P Denny, JM Pradoura, P Bui , A Rieger, C Bazin, JM Tortuyaux et D Régent Aspects radiologiques des infarctus d'appendices épiploïques J Radiol 1998;79 : 1479-1485