



FAIT CLINIQUE

MUCOCÈLE APPENDICULAIRE : À PROPOS D'UN CAS

APPENDICULAR MUCOCELE: A CASE REPORT

T DOSSOUVI, K ADABRA, B NTIMON, K KANASSOUA, E AMOUZOU, A SOGAN, E SORSY,
P MEIGNIE

Centre Hospitalier de Douai

RÉSUMÉ

La mucocèle appendiculaire est une tumeur mucosécrétante de l'appendice. C'est une affection rare. En préopératoire, elle peut prêter le change avec un plastron appendiculaire mais l'imagerie et histologie aident au diagnostic. Le traitement qui dépend de la nature histologique du mucocèle, va d'une simple appendicectomie à une hémicolectomie droite. Nous rapportons un cas avec pour objectif de discuter des caractères épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des mucocèles appendiculaires.

Mots clés: mucocèle appendiculaire, imagerie, histologie, traitement

SUMMARY

The appendicular mucocele is mucrosecretant tumor. It is a rare affection. In the preoperative period, appendicular plastron is his differential diagnosis but imagery and histology help to diagnosis. The therapy which depends on the histological nature of the mucocele goes from appendicectomy to the right hemicolectomy. We report one case with the objective to discuss about the clinic, paraclinic and the therapy characters of the appendix mucocele.

Keywords: appendicular mucocele, imagery, histology, treatment

Tirés à part

DOSSOUVI Tamegnon

Tel : (00228) 93131319/97965757

Email : dboris@ymail.com

INTRODUCTION

Une mucocèle appendiculaire (MA) ou tumeur mucosécrétante de l'appendice est une distension de la lumière appendiculaire par accumulation de sécrétion mucineuse [1]. C'est une affection rare qui représente 0,25% des pièces d'appendicectomie [2]. Sa pathogénie reste encore discutée [2]. Le diagnostic est souvent orienté par l'imagerie mais confirmé par l'histologie. Nous rapportons un cas de MA avec pour objectif de discuter du profil épidémiologique, clinique, paraclinique et thérapeutique de cette pathologie.

OBSERVATION

Une patiente de 52 ans a été admise aux urgences dans un tableau de douleurs abdominales paroxystiques localisées à la fosse iliaque droite sans nausées, vomissement, troubles du transit, ni de fièvre évoluant quelques heures avant l'admission. L'examen physique avait permis de retrouver une masse sensible à la Fosse iliaque droite qui faisait évoquer un plastron appendiculaire. Le bilan biologique était normal. L'échographie abdominale avait retrouvé une masse à contenu hypoéchogène mesurant 12mm x 8mm x 4mm en fosse iliaque droite. Le scanner abdominopelvien avait mis en évidence un appendice augmenté de volume à parois épaissies et à contenu hypodense faisant suspecter une MA invaginé dans le caecum (Figure 1). Une coelioscopie exploratrice avait confirmé le diagnostic. Une conversion en laparotomie par abord iliaque droite a permis une résection partielle du bas fond caecal emportant l'appendice et sa base d'insertion (Figure 2). Les suites opératoires étaient simples avec sortie à J3 postopératoire. Les résultats anatomopathologiques de la pièce opératoire confirmait la MA sans signe de malignité. Il n'y avait pas de récurrence locorégionale avec un recul de 12 mois.

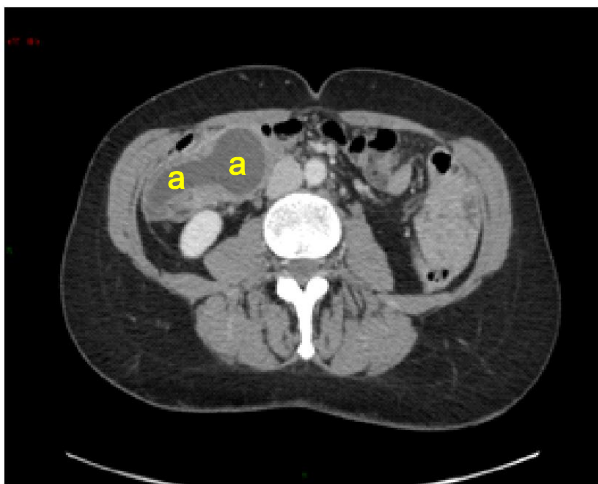


Figure 1: aspect scannographique évoquant un mucocèle appendiculaire invaginé (a)



Figure 2 : Mucocèle appendiculaire invaginée objectivée en peropératoire

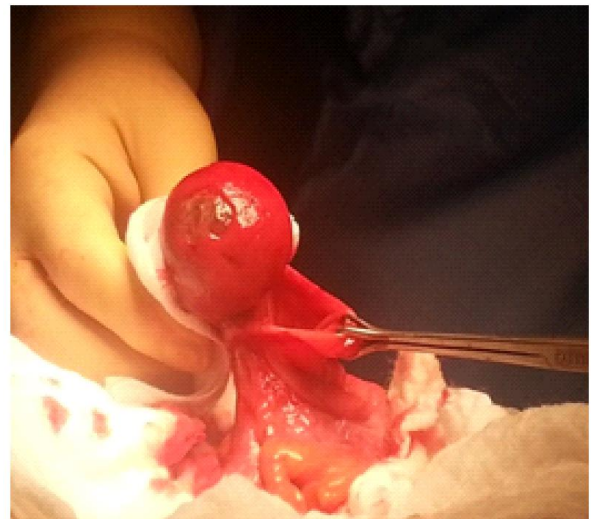


Figure 3 : Résection du bas fond caecal emportant l'appendice invaginé

DISCUSSION

C'est une affection rare surtout dans sa forme invaginée. La MA ne représente qu'une très faible proportion des pièces d'appendicectomie [1 - 4]. Une prédominance féminine est retrouvée dans la plupart des études [3,4]. La tranche d'âge la plus touchée varie entre 50 et 60 ans [4]. Cependant, elle n'est pas exceptionnelle chez l'enfant chez qui elle constitue l'une des causes des invaginations intestinales aiguës [5].

La MA est dans la plupart des cas asymptomatique. Cependant, elle peut se manifester sous formes de douleurs abdominales, nausées, vomissements, ou plus rarement par une masse palpable [6].

La MA peut se révéler par une complication. Il peut s'agir d'une invagination intestinale aiguë comme dans notre étude, d'une torsion, d'une compression d'un organe de voisinage (uretère notamment), d'une appendicite aiguë ou d'une dégénérescence maligne. La rupture dans la cavité péritonéale est redoutable en raison du risque de dissémination tumorale [6].

L'imagerie occupe une place importante dans le diagnostic de la MA. Elle est représentée essentiellement par l'échographie et le scanner. Ainsi, sur la radiographie de l'abdomen sans préparation on retrouve parfois une opacité et des calcifications en projection dans la fosse iliaque droite [7] ; l'échographie abdominale peut permettre de retrouver, dans la forme typique du mucocèle appendiculaire, un appendice augmenté de volume à paroi épaissie et à contenu hypoéchogène ; on peut aussi voir une image kystique ou une calcification pariétale [8 - 10] ; le scanner abdominal met souvent en évidence une masse à base caecale, arrondie et bien limitée à parois fines avec de fines calcifications pariétales ou une masse kystique [9,10].

La prise en charge des mucocèles est essentiellement chirurgicale. Le traitement chirurgical va de la simple

appendicectomie à l'hémi-colectomie droite selon la forme de présentation péroopératoire et la nature histologique [1]. La laparotomie est considérée par plusieurs auteurs comme la voie d'abord de choix dans la chirurgie des mucocèles appendiculaires car elle permet de mieux explorer la région caeco-appendiculaire et de rechercher les adénopathies satellites [11]. Ce qui fut le cas dans notre observation d'autant plus que la MA était compliquée d'invagination. Un traitement adjuvant (chimiothérapie, radiothérapie) est associé en cas de rupture intrapéritonéale, en cas de récurrence ou de dégénérescence [12]. Le suivi postopératoire est primordial à cause des récurrences [11].

CONCLUSION

La mucocèle appendiculaire est affection rare, surtout dans sa forme invaginée. Elle pose souvent le problème de son diagnostic différentiel avec les plastrons appendiculaire en préopératoire. Elle nécessite une prise en charge initiale doit être bien conduite en tenant compte des possibilités de récurrence et de dégénérescence.

RÉFÉRENCES

1-Dachman AH, Lichtenstein JE, Friedman AC. Mucocèle of the appendix and paramyxomatous peritonitis. *AJR Am J Roentgenol* 1985;144:923-929.

2-Moujahid M, Ait Ali A, Achour A, Janati M. Mucocèle appendiculaire: à propos de un cas. *J Afr. Cancer* 2010;2:107-111.

3-Kouadio LN, Kouadio K, Turquin TH. La mucocèle appendiculaire : un diagnostic différentiel auquel il faut penser. *Médecine d'Afrique Noire* 2000 ; 3 :47

3- Souei-Mhiri M, Tlili-Graies K, Ben Cherifa L, Derbel F, Hmissa S, Dahmen Y, Jeddi M. Les mucocèles appendiculaires. Etude rétrospective à propos de 10 cas. *Journal de Radiologie* 2001 ; 82 : 463-468.

4- Duquenoy A, Gaussin G, Caillez D, Chevet JB, Guillot M, Le Roux P, Le Luyer B. Mucocèle appendiculaire. Un étiologie aux douleurs abdominales chroniques de l'enfant. <http://pro.gynweb.fr/portail/sources/congres/jta/01/ped/LELUYER.HTM>

5- Dixit A, Robertson JHP, Mudan SS et al. Appendiceal mucocoeles and pseudomyxoma peritonei. *World J Gastroenterol* 2007 ;13 : 2381-2384.

6-Merra S. Tumeur mucosecrétante de l'appendice. *La Presse Médicale* 1997;26:933.

7- Horgan J, Chow P, Richter J. CT and Sonography in the recognition of mucocoele of appendix. *American journal of Radiology* 1984 ;43 :959-62.

8- Kim SH, Lim HK, Lee WJ . Mucocoele of the appendix : ultrasonographic and CT findings. *Abdom Imaging* 1998 ;23 :292-296.

9-Madwed D, Mindelzun R, Jeffrey RB . Mucocoele of the appendix : Imaging finding. *AJR Am J Roentgenol* 1992 ; 159 :69-72.

10-Elias D., Sabourin J.C. Les pseudomyxomes péritonéaux. *Journal de Chirurgie* 1999 ; 136:341-347.

11-Gonzalez Moreno S, Shmookler BM, Sugarbaker P.H. Appendiceal mucocoele: contraindication to laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc* 1998;12:1177-1179.

12-Quintart C, Choghari C, Michez D. Appendiceal mucocoele: a case report. *Ann. Chir.* 1999;53(9):928-932.