



FAIT CLINIQUE

PÉRITONITE APPENDICULAIRE : UNE CAUSE RARE DE PNEUMOPÉRITOINE. A PROPOS D'UN CAS.

APPENDICULAR PERITONITIS : A RARE CAUSE OF PNEUMOPERITONEUM. A CASE REPORT.

T DOSSOUVI, K ADABRA, DM SAMBIANI, B N'TIMON, M DAGBE, ED DOSSEH

Centre Hospitalier Universitaire de Kara

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent un cas de péritonite appendiculaire associé à un pneumopéritoine à la radiographie. Le diagnostic préopératoire évoqué était une péritonite par perforation iléale d'origine typhique mais la laparotomie a permis de redresser le diagnostic. Par conséquent, le diagnostic de péritonite appendiculaire ne doit pas être méconnu devant un syndrome péritonéal associé à un pneumopéritoine en imagerie.

Mots clés : *péritonite appendiculaire, pneumopéritoine, Radiographie de l'abdomen sans préparation.*

SUMMARY

The authors report a case of appendicular peritonitis associated with pneumoperitoneum at X-ray. The diagnosis of ileum perforation was suggested in preoperative but laparotomy helped to a true diagnosis. So, the diagnosis of appendicular peritonitis must not be forgotten when we have peritoneal syndromes associated with pneumoperitoneum at imagery.

Keywords: *appendicular peritonitis, pneumoperitoneum, abdominal X-ray.*

Tirés à part

DOSSOUVI Tamegnon

Tel : (00228) 93131319/97965757

Email : dboris@ymail.com

INTRODUCTION

La péritonite est une inflammation aigüe du péritoine qui reconnaît plusieurs étiologies dont la plus fréquente est la péritonite d'origine appendiculaire [1]. L'appendice représente le seul organe creux dont la perforation produit très rarement voire exceptionnellement un pneumopéritoine. Le but de ce travail est rapporter un cas de péritonite appendiculaire avec présence d'un pneumopéritoine à la radiographie de l'abdomen sans préparation et ensuite de faire une revue de la littérature.

PATIENT ET OBSERVATION

Patient de 34 ans admis aux urgences du CHU-Kara pour des douleurs abdominales diffuses à point de départ au niveau de la fosse iliaque droite, associées à des vomissements et à un arrêt du transit évoluant depuis cinq jours environ dans un contexte fébrile. Il n'avait pas d'antécédent pathologique particulier. L'examen avait permis de noter : une hyperthermie à 39°C, un bon état général, un bon état hémodynamique ; une langue saburrale, une absence de cicatrice abdominale, un abdomen augmenté de volume avec une contracture généralisée, les orifices herniaires étaient libres, un toucher rectal notant un cul-de-sac bombé et douloureux ; ailleurs, l'examen somatique était normal. L'hypothèse diagnostique d'une péritonite d'origine appendiculaire avait été évoquée. Une radiographie de l'abdomen sans préparation complétée par une radiographie du thorax avait été demandée permettant de mettre en évidence un pneumopéritoine (Figure 1). Un bilan biologique réalisé notait essentiellement une hyperleucocytose à 14500/mm³. Nous avons suspecté fortement une péritonite par perforation iléale au vu des antécédents, de notre contexte épidémiologique et des arguments radiographiques. Une laparotomie médiane avait été réalisée permettant de mettre en évidence une appendicite iliaque droite gangréneuse, perforée latéralement (Figure 2), adhérente à l'épiploon et à l'iléon associée une collection purulente dans toute la cavité péritonéale. L'exploration abdominale n'avait pas permis de retrouver une perforation des autres organes creux. Un prélèvement du liquide péritonéal pour examen cyto bactériologique avait été fait. Ensuite, une appendicectomie avait été réalisée suivie d'une toilette péritonéale avec fermeture de l'abdomen sur un drain. L'examen cyto bactériologique a permis d'isoler l'*Escherichia Coli*. Les suites opératoires ont été marquées par une suppuration pariétale qui avait bien évolué sous des soins locaux quotidiens et une antibiothérapie réadaptée à l'antibiogramme. L'examen histologique de la pièce opératoire confirmait le diagnostic d'une appendicite gangréneuse et perforée.



Figure 1: Radiographie du thorax montrant un pneumopéritoine



Figure 2: appendice inflammé, gangréneux et perforé

DISCUSSION

La péritonite appendiculaire est la complication la plus fréquente de l'appendicite. L'association de la péritonite appendiculaire et d'un pneumopéritoine est une situation rarement rencontrée [2,3]. La rareté du pneumopéritoine dans le cadre de la péritonite appendiculaire pourrait s'expliquer non seulement par le mécanisme physiopathologique de l'appendicite mais également par certaines positions anatomiques de l'appendice. L'issue de l'air colique à la faveur de la perforation appendiculaire n'est possible que si la lumière appendiculaire n'est pas obstruée. Or, le mécanisme habituellement incriminé dans la survenue de l'appendicite est l'obstruction de la lumière appendiculaire secondaire à une hyperplasie lymphoïde ; cette obstruction peut être le fait d'un stercolithe ou d'un corps étranger. Celle-ci va induire une stase et une pullulation microbienne aboutissant à une inflammation de la paroi appendiculaire puis à sa perforation. Cette perforation sera très difficilement pourvoyeuse d'un pneumopéritoine à cause de l'obstruction luminale appendiculaire. En outre, la

position retrocaecale et sous-séreuse de l'appendice est un facteur défavorisant la production d'un pneumopéritoine au cours de la péritonite appendiculaire. Par ailleurs, une infection appendiculaire, périappendiculaire et péritonéale par des germes anaérobies peut être à l'origine d'un pneumopéritoine [3,4].

La présence d'un pneumopéritoine en imagerie devant un syndrome péritonéal fait évoquer souvent dans notre contexte une péritonite par perforation gastrique ou duodénale ou une péritonite par perforation iléale d'origine typhique [3]. Ceci va induire des erreurs

diagnostiques surtout dans notre contexte africain où l'accessibilité aux examens paracliniques fait souvent défaut [3, 5,6]. Cependant, à la laparotomie le diagnostic est souvent redressé

CONCLUSION

La présence d'un pneumopéritoine au cours d'une péritonite appendiculaire est une situation rarement rencontrée mais ne doit pas être méconnue pour éviter erreurs diagnostiques.

REFERENCES

1. Lucien Leger. Sémiologie chirurgicale. Masson 1983 :269-270.
2. Zafer S. Matar . J Family Community Med. 2004 ; 11(2): 71-72.
3. Dosseh E.D.J, Ayite A.E, Attipou K. Perforated appendicitis--a rare cause of pneumoperitoneum. South African Medical Journal 2007 ; 97(3):186-188.
4. Cizmeli MO, Demirag A, Durmus O, Ilgit E. Acute appendicitis associated with pneumoperitoneum. Br J Clin Pract. 1990 Dec;44(12):646-7.
5. Rodrigues ALS, Lobato MF, Santana AC. Pneumoperitoneum due to perforated appendicitis: a rare anatomic-radiologic. ABCD, arq. bras. cir. Dig 2008 ; 21(3):142-143.
6. Fodha M. ; Sassi S. ; Laarif R. ; Hadj salah H. ; Mestiri S. Le pneumopéritoine dans les péritonites appendiculaires (à propos de 4 observations). Tunisie médicale 1984 ; 62(4) : 279-281.