

FAIT CLINIQUE

DUPLICATION DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL COMPLIQUÉE D'UNE OCCLUSION INTESTINALE PAR STRANGULATION. UNE PREMIÈRE DESCRIPTION AU SÉNÉGAL

DUPLICATION OF THE ILEO-CECAL APPENDIX COMPLICATED BY INTESTINAL OBSTRUCTION BY STRANGULATION. FIRST DESCRIPTION IN SENEGAL

O KA, M CISSE, AO TOURE, KA I, I KONATE, M DIENG, A DIA, CT TOURE

Service de Chirurgie Générale, CHU A. Le Dantec BP 3001 Dakar, Sénégal Tel : (221) 33 822 37 21

RÉSUMÉ

Introduction. La duplication appendiculaire est une anomalie très rare du tube digestif. Elle peut être à l'origine d'urgences abdominales aiguës. L'objectif de cette observation est de rapporter notre premier cas de duplication de l'appendice iléo-cæcal révélé par une occlusion intestinale aiguë.

Observation. Il s'agit d'une patiente de 28 ans, reçue aux urgences chirurgicales pour prise en charge d'une occlusion intestinale aiguë. La tomодensitométrie abdominale concluait à une légère distension liquidienne des anses grêles sans masse pariétale. L'appendice iléo-cæcal n'était pas visible. L'exploration chirurgicale menée par une laparotomie médiane sous ombilicale avait retrouvé une duplication appendiculaire type B1, responsable d'une strangulation de l'iléon par une bride appendico-cæcale spontanée. Nous avons procédé à une appendicectomie rétrograde et à une section de la bride appendico-cæcale ; ce qui a permis la levée de la strangulation de l'iléon et sa revitalisation. L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'appendicectomie ne retrouvait pas d'anomalie.

Conclusion. La duplication de l'appendice iléo-cæcal est une anomalie rare. Elle est souvent de découverte fortuite à l'occasion d'urgences abdominales parmi lesquelles, l'occlusion intestinale aiguë par strangulation.

Mots clés : Duplication de l'appendice iléo-cæcal. Occlusion intestinale. Bride spontanée

SUMMARY

Introduction. Duplication of the ileo-cecal appendix is a very rare anomaly of the digestive tract. It can be the source of acute abdominal emergencies. The purpose of this observation is to report our first case of duplication of the ileo-cecal appendix revealed by acute bowel obstruction.

Case Report. A 28-year-old women was received at the surgical emergency for management of acute bowel obstruction. Abdominal CT scans concluded a light fluid distension of the small bowel without parietal mass. The ileo-cecal appendix was not visible. Surgical exploration conducted by an under umbilical median laparotomy found an appendicular duplication B1 type, responsible of a strangulation of the ileum with a spontaneous appendico-cecal flange. We performed a retrograde appendectomy and a section of the appendico-cecal flange; allowing the lifting of the strangulation of the ileum and its revitalization. There was no anomaly in the pathological examination of the piece of appendectomy.

Conclusion. The duplication of the ileo-cecal appendix is a rare anomaly. It is often accidental discovery during abdominal emergencies including, acute intestinal occlusion by strangulation.

Key words: Duplication of the ileo-cecal Appendix. Bowel obstruction. Spontaneous flange

Tirés à part

Docteur Ousmane KA Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.
B.P. 6958 Dakar-Etoile. Dakar (Sénégal). Email : ousmaneka@yahoo.fr Tél : (221) 77 635 51 51

INTRODUCTION

La duplication appendiculaire est une anomalie très rare avec une incidence de 0,004% [1]. Sa découverte est le plus souvent fortuite au cours d'une chirurgie abdominale ou au cours de l'exploration chirurgicale d'une appendicite aiguë [2]. Elle est rarement responsable d'une occlusion intestinale aiguë [3]. L'objectif de cette observation est de rapporter le premier cas de duplication de l'appendice iléo-cæcal compliqué d'une occlusion intestinale aiguë découverte au Sénégal.

OBSERVATION

Madame G.O., âgée de 28 ans, nulligeste, nullipare était reçue aux urgences chirurgicales le 12 juin 2012 pour prise en charge d'une douleur abdominale évoluant depuis 24 heures. Cette douleur prenait naissance à la fosse iliaque droite, elle était secondairement diffuse à la région hypogastrique et était associée à des nausées et à des vomissements répétés. Elle rapportait un arrêt des matières sans arrêt des gaz. Elle ne signalait pas de retard de règles et son cycle menstruel était régulier. Dans ses antécédents, elle signalait des douleurs similaires à répétition, sans troubles du transit et sans fièvre.

A l'admission, elle présentait un bon assez bon état général, les muqueuses étaient bien colorées, non ictériques. Le pouls était à 104 battements par minute, la tension artérielle à 95/60 mmHg, la fréquence respiratoire à 24 cycles par minute et la température à 36°5C. L'examen physique permettait de retrouver un abdomen légèrement météorisé et souple dans son ensemble. Il n'y avait pas de masse abdominale palpable, le reste de l'abdomen était souple et les orifices herniaires étaient libres. L'examen gynécologique était normal et le toucher rectal était indolore.

Sur le plan biologique, l'hémogramme mettait en évidence un taux de globules rouges à 5.360.000 éléments/mm³, un taux d'hémoglobine à 15,1 g/dl ; les globules blancs étaient à 3.700 éléments/mm³ et le taux de plaquettes à 328000 éléments/mm³. La C-Reactiv Protein (CRP) était à 96 mg/l pour une normale inférieure à 6 mg/l. L'ionogramme sanguin était en faveur d'une légère hyponatrémie avec un taux de sodium à 132 mmol/l (normale entre 135 et 145 mmol/l) ; le taux de potassium était à 4,5 mmol/l, la chlorémie à 98 mmol/l (normale entre 96 et 105 mmol/l). La fonction rénale était normale avec une créatininémie à 7,5 mg/l (normale entre 7 et 13 mmol/l). La glycémie était normale, de même que l'exploration de la fonction hépatique : les transaminases sériques ASAT étaient à 13 UI/l (normale inférieure à 37 UI/l et les ALAT étaient à 10 UI/l (normale inférieure à 40 UI/l). La lipasémie était à 51 UI/l (normale entre 13 et 60 UI/l) et l'amylasémie à

96 UI/l (normale inférieure à 80 UI/l). L'exploration de la crase sanguine permettait de retrouver un taux de prothrombine (TP) de 76,1%, un temps de céphaline kaolin activé (TCA) de 26,6 secondes pour un témoin à 32 secondes. La patiente était du groupe sanguin A+.

Sur le plan morphologique, la tomодensitométrie abdominale avec injection de produit de contraste concluait à une légère distension liquidienne des anses grêles sans masse pariétale avec une absence d'épanchement liquidien péritonéal et de pneumopéritoine. L'appendice iléo-cæcal n'était pas visible. La radiographie du thorax ne retrouvait pas d'anomalie de densité pleuro-parenchymateuse.

Devant, ce tableau clinique, le diagnostic d'une sub-occlusion intestinale aiguë sans signe de gravité était retenu et avait nécessité la mise en place d'une sonde naso-gastrique, l'administration d'antalgiques, une réhydratation hydro-électrolytique par voie veineuse et la mise en place d'une sonde vésicale.

Vingt-quatre heures après son admission, la patiente a présenté une exacerbation des douleurs de la fosse iliaque droite et du météorisme abdominal. Il était apparu une défense de la fosse iliaque droite et la sonde naso-gastrique ramenait 2000 ml/24 heures de liquide digestif. Dans ces conditions, nous avons décidé d'une exploration chirurgicale. Celle-ci a été menée par une laparotomie médiane sous ombilicale. A l'exploration, il existait une occlusion intestinale par strangulation d'une anse iléale de 40 cm par un appendice iléo-cæcal long, qui ne naissait pas d'une bandelette cæcale et dont le sommet était amarré à la face postérieure du cæcum par une bride. Ainsi, à la manière d'une fronde, l'appendice et sa bride qui déterminaient une boucle serrée étranglaient l'iléon (figure 1). L'anse iléale étranglée était ischémisée. Nous avons procédé à une appendicectomie rétrograde et à une section de la bride appendico-cæcale ; ce qui a permis la levée de la strangulation de l'iléon (figure 2). Nous avons assisté à une recoloration de l'anse intestinale ischémisée. La mobilisation du cæcum a permis de découvrir de façon fortuite, un deuxième appendice iléo-cæcal sous-séreux, en position rétro-cæcale (figure 3). Contrairement au premier, il naissait à la confluence des bandelettes cæcales et était plus grêle. Les bases d'implantation des deux appendices étaient équidistantes de la jonction iléo-cæcale. Nous étions devant un cas de duplication appendiculaire. Devant l'aspect normal du deuxième appendice iléo-cæcal, nous avons décidé de le laisser en place. Nous avons terminé l'intervention par une toilette péritonéale et par une fermeture de la laparotomie par des sutures en 3 plans. Les suites opératoires étaient simples autorisant la mise en exéat de la patiente au 8ème jour post-opératoire. L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'appendicectomie ne retrouvait pas d'anomalie.

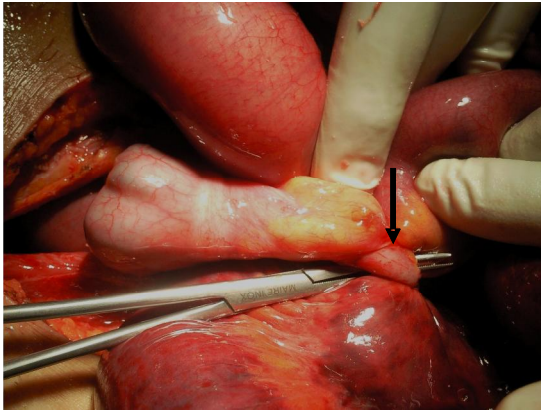


Figure 1: vue opératoire. L'appendice iléo-cæcal est responsable d'une occlusion de l'intestin grêle par strangulation (flèche noire).
Noter que l'appendice ne naît pas de la bandelette cæcale.



Figure 2: vue opératoire. Appendicectomie permettant la levée de l'occlusion de l'intestin grêle. Le moignon appendiculaire est clampé par une pince (flèche noire).

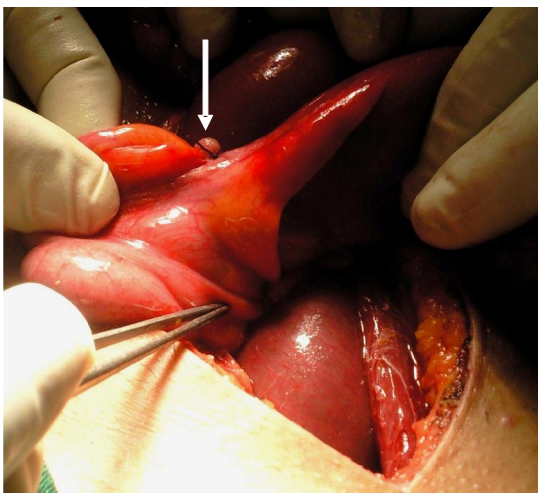


Figure 3: Vue opératoire. Duplication appendiculaire type B. Moignon d'appendicectomie ligaturé (flèche blanche). Deuxième appendice, en position rétro-cæcale naissant d'une bandelette cæcale (bout de la pince à disséquer)

DISCUSSION

La duplication appendiculaire est très rare avec environ une centaine de cas rapportés dans le monde [1,3,4]. Il s'agit d'une variété de duplication du tube digestif qui peut intéresser n'importe quel segment depuis la langue jusqu'à l'anus et elle atteint essentiellement le sujet de race blanche [5]. Un cas africain touchant un homme sénégalais âgé de 40 ans est rapporté à Yaoundé par ANDZE [2]. Notre observation concerne aussi un sénégalais et représente le premier cas décrit au Sénégal. CAVE [6] et WALLBRIDGE [7] ont établi la classification de la duplication appendiculaire en 3 types. Le type A est une duplication appendiculaire incomplète avec une base d'implantation commune sur le cæcum. Le type B est une duplication appendiculaire complète avec deux bases d'implantation différentes. Ce type B est subdivisé en deux sous-types : le sous-type B1 où le premier appendice est normalement implanté à la confluence des bandelettes cæcales alors que le deuxième est implanté variablement sur le cæcum et le sous-type B2 où le premier appendice siège en position normale à la confluence des bandelettes cæcales et le deuxième est localisé sur une bandelette cæcale. Dans le type C, il existe une duplication cæcale avec un appendice implanté sur chaque cæcum. Le cas que nous rapportons correspond vraisemblablement au type B, dans son sous-type B1. Même si le diagnostic de duplication appendiculaire peut être fait par des examens morphologiques tel que le lavement baryté, il n'en demeure pas moins que l'anomalie est souvent de découverte opératoire [3,8]. Cette découverte se fait souvent à l'occasion d'une chirurgie abdominale pour une pathologie autre qu'appendiculaire ou lors de l'exploration chirurgicale d'une appendicite [2,5]. Un cas de double appendicite avec perforation est rapporté par Canbay [9]. Pour PETIT, la laparoscopie dont les indications sont de plus en plus nombreuses trouve son intérêt pour une bonne précision des caractères et de la topographie de la lésion ; elle permet en outre d'assurer une exérèse complète [10]. La particularité de notre observation réside dans la circonstance de découverte de la duplication appendiculaire, à savoir l'occlusion intestinale par strangulation à partir d'une bride spontanée appendico-cæcale. A l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus sur l'attitude à avoir devant le premier appendice s'il est sain et associé à un deuxième qui est pathologique. Dans notre observation, nous avons opté pour la résection de l'appendice responsable de l'occlusion intestinale et le respect du deuxième qui était sain, d'autant plus que la voie d'abord chirurgicale n'était pas une incision de Mac Burney. A notre avis, en cas d'abord par une voie de Mac Burney, il serait préférable de procéder à une double appendicectomie pour ne pas méconnaître une appendicite sur appendice restant.

CONCLUSION

La duplication de l'appendice iléo-cæcal est une anomalie rare souvent de découverte fortuite. Elle peut s'exprimer sous le masque d'un tableau chirurgical

don't l'occlusion intestinale aiguë par strangulation. Cette observation apporte une contribution aux données de la littérature qui reste encore peu fournie.

REFERENCES

1. MCNEILL SA, RANCE CH, STEWART RJ. Fecolith impaction in a duplex vermiform appendix: An unusual presentation of colonic duplication. J Pediatr Surg, 1996, 31: 1435-37.
2. ANDZE G, PAGBE JJ, NKELE NN, ET AL. La duplication de l'appendice vermiculaire en milieu africain. A propos d'un cas rare. Médecine d'Afrique Noire 2005 ; 52 : 580-582.
3. CHEW DKW, BORROMEO JR, GABRIEL YA, ET AL. Duplication of the vermiform appendix. J Pediatr Surg, 2000; 35: 617-18.
4. EROGLU E, ERDOGAN E, GUNDOGDU G, ET AL. Duplication of appendix vermiformis : a case in a child. Tech Coloproctol, 2002, 6: 55-7.
5. YANAR H, ERTEKIN C, UNAL ES, ET AL. The case of acute appendicitis and appendiceal duplication. Acta Chir Belg 2004; 104: 736-738.
6. CAVE AJE. Appendix vermiformis duplex. J Anat 1936 ; 70 : 283-292.
7. WALLBRIDGE PH. Double appendix. Br J Surg 1963 ; 50 : 346.
8. KABAY S, YUCEL M, YAYLAK F, ET AL. Combined duplication of the colon and vermiform appendix in an adult patient. World J Gastroenterol 2008; 14: 641-643.
9. CANBAY E, AKMAN E. Appendix perforation in appendix duplication in a man: a case report. Journal of Medical Case Reports 2011; 5:162
10. PETIT T, GODART C, RAVASSE P, ET AL. Exérèse laparoscopique d'une duplication appendiculaire atypique. Annales de Chirurgie 2001 ; 126 : 1023-1025.