



ANNALES
DE
L'UNIVERSITE
MARIEN NGOUABI

Sciences de la Santé

VOL. 21, N° 1 – ANNEE: 2021

ISSN : 1815 – 4433 - www.annalesumng.org

ANNALES DE L'UNIVERSITE MARIEN NGOUABI SCIENCES DE LA SANTE



VOLUME 21, NUMERO 1, ANNEE: 2021

www.annaesumng.org

SOMMAIRE

Directeur de publication
G ONDZOTTO

Rédacteur en chef
J. GOMA-TCHIMBAKALA

Rédacteur en chef adjoint
G. MONABEKA

Comité de lecture
E. ALIHOUNOU (Cotonou)
C. BOURAMOUE (Brazzaville)
A. CHAMLIAN (Marseille)
J.R. EKOUNDZOLA (Brazzaville)
C. GOMBE MBALAWA (Brazzaville)
J.R. IBARA (Brazzaville)
L.H. ILOKI (Brazzaville)
A. ITOUA NGAPORO (Brazzaville)
G. KAYA GANZIAMI (Brazzaville)
H.F. MAYANDA (Brazzaville)
A. MOYIKOUA (Brazzaville)
G. MOYEN (Brazzaville)
J.L. NKOUA (Brazzaville)
G. ONDZOTTO (Brazzaville)
P. SENGA (Brazzaville)
M. SOSSO (Yaoundé)
F. YALA (Brazzaville)

Comité de rédaction
A. ELIRA DOCKEKIA (Brazzaville)
H. NTSIBA (Brazzaville)
H.G. MONABEKA (Brazzaville)

Webmaster
R. D. ANKY

Administration - Rédaction
Université Marien Nguabi
Direction de la Recherche
Annales de l'Université Marien
Nguabi
B.P. 69, Brazzaville – Congo
E-mail: annales-umng@yahoo.fr

ISSN : 1815 - 4433

- 1 **Perception de la tension au travail (*job strain*) en milieu hospitalier à Pointe-Noire, Congo-Brazzaville.**
EBATETOU ATABOHO E., JKIKOUASSI BAKALA J., KOKOLO J. G.
- 13 **Prise en charge de la dysfonction érectile au service d'urologie du CHU Gabriel Toure**
MAMADOU T COULIBALY, TRAORE LANSENI ZANAFON OUATTARA, ASSA TRAORE
- 24 **Apport de la tomодensitométrie dans la pathologie orl non traumatique au centre hospitalier universitaire de Brazzaville**
NGOUONI G.C., MOYIKOUA R.F., DIEMBI S, OTOUANA NDZON H.B., OROKAS DEGBIA F.E., TSIERIE TSOBA A., ITIERE ODZILI F.A., MAKOSSO R., ONDZOTTO G.
- 36 **Appendagite epiploïque à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de Brazzaville et revue de la littérature.**
MOYIKOUA R.F., NOTE MADZELE M., ELION-OSSIBI P., MOKOKO P.B., TIAFUMU A.
- 41 **Connaissances tabagiques, attitudes et pratiques vis-à-vis du tabac chez le personnel soignant du CHU-RN de la ville de N'Djamena au Tchad.**
NGAKOUTOU R., AHMET A., MBAINADJI L., DIEUDONNE D., TORALTA J., ALLAWAYE L., MAHAMAT ALI BOLTI, MAD-TOINGUE J., ADJOUGOLTA KOBOYE DAND, MIHIMIT A..

- 50 Causes de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque dans le service de cardiologie du CHU de Brazzaville (République du Congo)**
ELLENGA MBOLLA B. , ONGAGNA GNEOLE C.,
KOUALA-LANDA C., MONGO NGAMAMI S.,
ONDZE KAFATA I., IKAMA S., GOMBET T.,
KIMBALLY KAKY S- G.



**APPENDAGITE EPIPLOÏQUE A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRAZZAVILLE ET REVUE DE
LA LITTERATURE.**

***EPIPLOIC APPENDAGITIS ABOUT A CASE AT THE UNIVERSITY
HOSPITAL OF BRAZZAVILLE AND LITERATURE REVIEW.***

*MOYIKOUA R.F^{1,2}, NOTE MADZELE M^{1,3}, ELION-OSSIBI P^{1,3}, MOKOKO P.B²,
TIAFUMU A⁴*

- ^{1.} *Faculté des sciences de la santé. Université Marien NGOUABI*
^{2.} *Service d'imagerie médicale, CHU*
^{3.} *Service de chirurgie digestive, CHU*
^{4.} *Service des urgences médico chirurgicales, CHU
Brazzaville*

République du Congo

E-mail : regis.moyikoua@gmail.com*

RESUME

L'appendagite épiplœïque est une pathologie rare responsable d'un tableau d'abdomen aigu pseudo chirurgical dont le diagnostic est posé par l'imagerie. Sa prise en charge est essentiellement médicale associant à des degrés variables l'administration d'antalgiques et/ou d'anti inflammatoires en fonction de l'intensité de la douleur.

Mots-clés : *appendagite, pseudo chirurgical, imagerie*

ABSTRACT

Epiplœic appendagitis is a rare disease. It is responsible for a pseudo-surgical acute abdominal presentation diagnosed by imaging. Its management is essentially medical, associating at various degrees the administration of analgesics and / or anti-inflammatory drugs depending on the intensity of the pain.

Key words: *appendagitis, pseudo-surgical, imaging*

INTRODUCTION

L'appendagite épiploïque est une pathologie abdominale rare de diagnostic clinique difficile [1]. C'est l'inflammation d'une frange grasseuse bordant la face externe du colon, responsable d'un tableau clinique de douleur abdominale aiguë dont la prise en charge est médicale [2]. Le scanner abdominal permet dans la majorité des cas d'en poser le diagnostic positif de certitude [1,3]. Nous rapportons ici un cas d'appendagite épiploïque, diagnostiqué dans le service d'imagerie médicale du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville au cours d'un tableau d'abdomen aigu de la fosse iliaque gauche.

Observation

Mr T. A, âgé de 38 ans, est reçu aux urgences médico-chirurgicales du CHU de Brazzaville pour une douleur de la fosse iliaque gauche évoluant depuis 48 heures. Cette douleur est fixe, lancinante, sans fièvre ni signe fonctionnel digestif ou urinaire. Dans ses antécédents, on notait la notion d'une laparotomie pour péritonite post appendiculaire réalisée 20 ans auparavant. Son état général était conservé et l'examen clinique trouvait une douleur exquise de la fosse iliaque gauche coté à 8/10 à l'EVA avec défense à la palpation. Le bilan biologique était normal. Une échographie abdominale avait été réalisée en urgence montrant une masse grasseuse para colique gauche de 35 mm de grand axe, sensible au passage de la sonde, bordée d'un discret liseré hypoéchogène faisant suspecter une appendagite (figure 1). Un scanner abdominal complémentaire en simple contraste avait été réalisé confirmant la présence d'une formation grasseuse infiltrée en « navette » siégeant à la jonction colo sigmoïdienne (figure 2 a et b). Le diagnostic d'appendagite épiploïque avait été retenu puis le patient avait été mis sous antalgique et anti inflammatoire avec vessie de glace. Au bout de 3 jours de traitement les douleurs se sont estompées. Le scanner réalisé une semaine après était normal.

Discussion

Les appendices épiploïques ou franges grasseuses épiploïques sont des excroissances grasseuses accolés à la face externe antérieure et latérale du colon. Ils sont de taille variable, allant jusqu'à 5 cm de long, étalés du cœcum à la jonction recto sigmoïdienne et absent sur le rectum. Ils contiennent des vaisseaux précaires issus de la vascularisation terminale du colon [4-6]. Leur morphologie pédiculée les prédispose à des phénomènes de torsion et d'ischémie [7].

En pathologie, l'appendagite correspond à l'inflammation primitive ou secondaire de ces languettes grasseuses. L'appendagite épiploïque primitive, complication la plus fréquente, regroupe les ischémies, les torsions aiguës et les inflammations primitives par thrombose de la veine de drainage. L'appendagite épiploïque secondaire survient par contiguïté en réaction à un processus inflammatoire local tel qu'une appendicite aiguë ou une diverticulite [7].

Sur le plan épidémiologique, plusieurs études rapportent que l'appendagite survient dans la majeure partie des cas chez l'adulte jeune de sexe masculin avec une prédominance constatée entre 20 et 50 ans [8-10]. Notre observation chez un sujet de 38 ans confirme ce constat. Son incidence par contre n'est pas connue car elle est très peu documentée et certainement sous-estimé [9].

La principale manifestation clinique est une douleur abdominale aiguë bien localisée dans un quadrant de l'abdomen sans autre signe associé. Par ordre de fréquence croissante, elle prédomine aux fosses iliaques droite et gauche où les appendices sont les plus volumineux [5]. En fosse iliaque gauche, comme dans notre observation, il pose le diagnostic différentiel avec une diverticulite ou alors une sigmoïdite aiguë. En général, il n'y a pas de défense abdominale et le transit reste présent. Les signes d'accompagnement à

type de nausées, vomissements, constipation ou diarrhée sont rares. Le patient est quelquefois subfébrile [5,7].

Le bilan biologique est le plus souvent pauvre. Dans de rares cas on peut trouver un syndrome inflammatoire biologique et une hyperleucocytose que nous n'avons pas retrouvés dans notre contexte.

Le diagnostic de certitude est posé par le scanner. Avec ou sans injection de produit de contraste, il permet de montrer un nodule de densité graisseuse en « navette », adjacent à la paroi du côlon avec un liseré périphérique hyperdense (ring sign) traduisant l'inflammation de la séreuse [3,11].

L'IRM n'est pas indispensable au diagnostic. Toutefois, la présentation morphologique des appendagite est superposable aux anomalies scannographiques. La zone lésionnelle suit le signal de la graisse à l'exception de l'infiltration périphérique qui exprime la composante inflammatoire de la séreuse et qui prend le contraste après injection de Gadolinium [12]. L'aspect échographique le plus souvent observé chez l'adulte est celui d'un nodule hyperéchogène, non compressible et antérieur par rapport au colon [13]. L'étude en doppler couleur révèle une absence ou une baisse de flux au sein de la masse et une hypervascularisation périphérique [13].

Le traitement est conservateur. On associe en général le couple antalgique – anti inflammatoire [14]. La résolution de la symptomatologie clinique est dans la plus part des cas spontanée au bout d'une semaine de traitement voire quelques jours [12]. Trois (3) jours de traitement bien conduit ont suffi dans notre contexte pour calmer le tableau clinique.

Conclusion

L'appendagite épiploïque est une cause rare de douleur abdominale aigue de

l'adulte jeune. Son diagnostic doit être connu car il repose essentiellement sur l'imagerie. Sa prise en charge est médicale contribuant à l'amélioration de la qualité des soins en limitant le recours aux laparotomies exploratrices inutiles.

Références

1. Koné Y, Koné A, Doumbia A, Mallé M, Maiga O, Traoré YD, Diarra O, Sanogo T, Diallo M, Sidibé S, 2020. L'appendagite aiguë : une étiologie rare à ne pas méconnaître dans les douleurs abdominales. Ann. Afr. Med. 14, 1, 4024 – 4027.
2. Rioux M, Langis P, 1994. Primary epiploic appendicitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. Radiology, 191, 523 – 526.
3. Batcho E, Badji N, Mekuko SM, Ndjock Ndjock R, Ramdane A, Niang EH, 2017. Aspects tomodensitométriques de l'appendagite épiploïque : à propos de 4 cas. J Afr Imag Méd, 9(2), 79 – 82.
4. Levret N, Mokred K, Quvedo E, Barret F, Pouliquen X, 1998. Primary epiploic appendicitis. J radiol, 79, 667 – 671.
5. Gomez MA, Bretagnol F, Besson M, Scotto B, Roger R, Alison D, 2003. Radiographic appearance of epiploic appendages and their complications. J radiol, 84, 1719 – 1724.
6. Bonnefoy S, Corberand D, Sinayoko L, Harnois S, Menecier D, Thiolet C, 2008. Appendagite épiploïque primitive: à propos d'un cas. Gastroentérologie clinique et biologique, 32, 1092 – 1094.
7. Jobé J, Guyshen A, Meunier P, D'Orio V, 2009. L'appendagite épiploïque : un diagnostic méconnu. Rev Med Liège, 64, (7-8), 382 – 385.
8. Lynn TE, Dockerty MB, Waugh JM, 1956. A clinicopathologic study

- of the epiploic appendage, *Surg Gynecol Obstet*, 103 (4), 423 – 433.
9. Rao PM, Rhea JT, Wittenberg J, Warshaw AL, 1998. Misdiagnosis of primary epiploic appendagitis, *Am J Surg*, 176 – 185.
10. Maghrebi H, Slama H, Ksantini R, Makni A, Fteriche F., et al, 2015. Appendagite épiploïque primitive : à propos de cinq cas. *Pan African Medical Journal*. [doi:10.11604/pamj.2015.20.4.5509].
11. Siham AR et al, 2018. Une cause rare et méconnue de douleur abdominale: l'appendagite épiploïque : à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. [doi:10.11604/pamj.2018.31.87.14604].
12. Sirvanci M, Balci NC, Karaman K et al, 2002. Primary epiploic appendagitis: MRI findings. *Magn Reson Imaging*. Jan 20 (1), 137 – 139.
13. Lee YC, Wang HP, Huang SP, Chen YF, Wu MS, Lin JT, 2001. Gray-scale and color Doppler sonographic diagnosis of epiploic appendagitis. *J Clin Ultrasound*. Mar-Apr 29 (3), 197 – 199.
14. Boudiaf M, Zidy SH, Soyer P, Hamidou Z, Panis Y, Pelage JP, et al, 2000. Primary epiploic appendicitis : CT diagnosis for conservative treatment. *Presse Med*, 29, 231 – 236.

ANNEXES

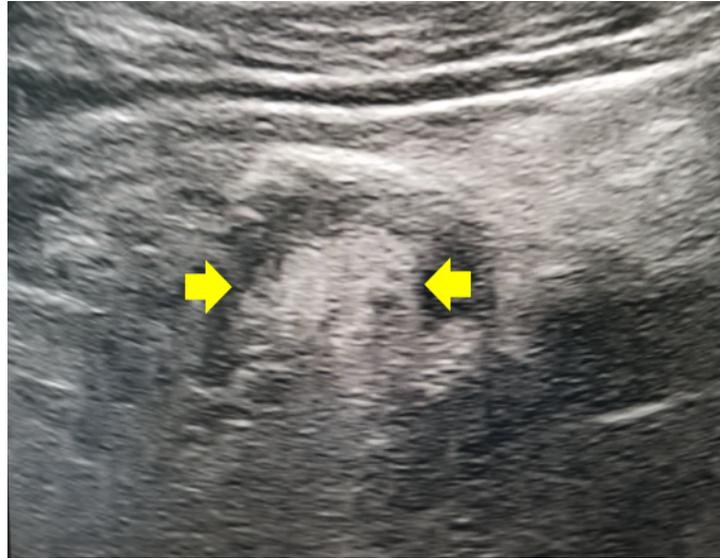


Figure 1 : image échographique montrant une masse grasseuse hyperéchogène para colique (flèche jaune) bordée d'un halo hypoéchogène en fosse iliaque gauche.

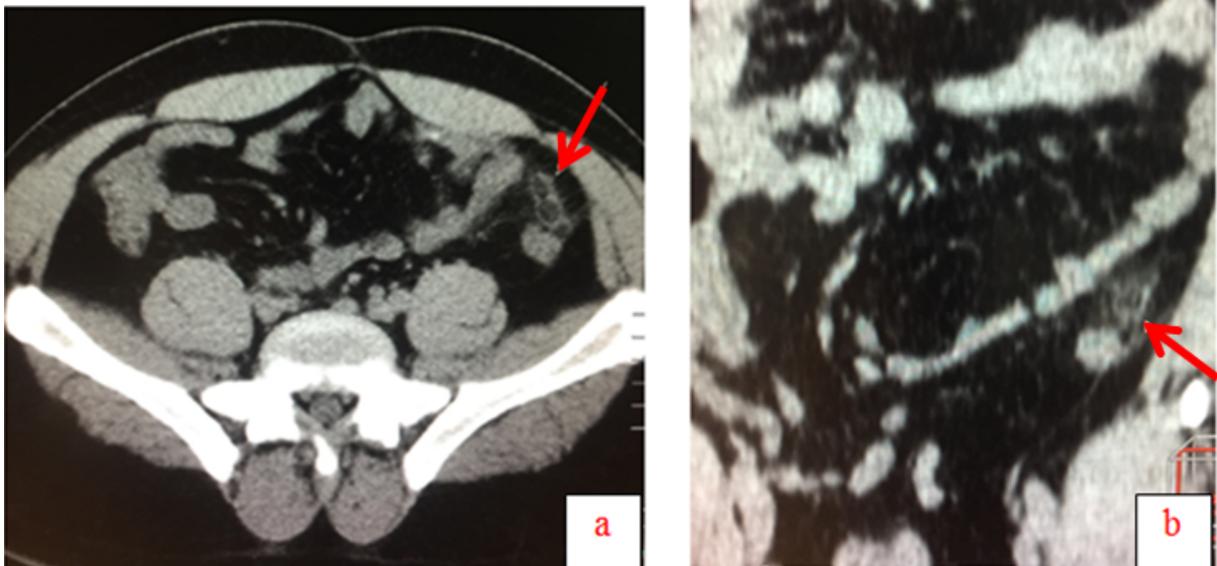


Figure 2. Coupes TDM axiale (a) et coronale (b) de l'abdomen en contraste spontanée montrant une image para colique en navette (flèche rouge) avec infiltration de la graisse périphérique de la jonction colo sigmoïdienne.