

Appendicite sur moignon ; un dilemme pour le chirurgien à propos d'un cas .

HE FRARMA , M OUALID

L'hôpital mixte 240 lits de Laghouat (colonel Lotfi)

dr.farma.general.Aurgeon@gmail.com

Abstract

L'appendicite sur moignon est une complication rare post appendicectomie en raison d'une inflammation récurrente du moignon résiduel.

Le diagnostic est un vrai challenge, souvent retardé en raison de l'antécédent chirurgical d'appendicectomie, ce qui peut entraîner de graves complications.

Une patiente de 38 ans s'est présentée avec une douleur abdominale de la fosse iliaque droite après 5 mois d'appendicectomie effectuée en urgence par voie classique .

Malgré l'antécédent chirurgical d'appendicectomie, le diagnostic a été posé sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et échographiques.

Elle a été opérée par voie itérative. Par la suite la patiente est sortie au 5eme jours avec de bonnes suites opératoires.

Le diagnostic d'appendicite sur moignon, bien que rare, doit être envisagé chez tout patient présentant des douleurs abdominales après une appendicectomie, surtout dans la fosse iliaque droite.

Un diagnostic et une prise en charge précoces peuvent prévenir la survenue de complication parfois grave.

Mots clés :

Appendicite, appendicectomie, moignon appendiculaire .

INTRODUCTION

L'appendicectomie laparoscopique ou laparotomique est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée aux urgences dans le monde. [1]

L'appendicite sur moignon restant est une complication rare mais possible de l'appendicectomie.

Décrite initialement par Rose en 1945. [2]

L'incidence est décrite dans la littérature comme allant de 0,002 à 0,15 %, bien qu'elle soit estimée plus élevée que ce qui a été précédemment rapporté. [3]

Son diagnostic et sa prise en charge reste un véritable challenge pour le chirurgien.

Dans cet article nous décrivons l'appendicite sur moignon à travers une étude de cas et une revue de la littérature.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, aux antécédents d'appendicectomie par voie Mac Burney datant de 05 mois, Avait présenté des douleurs de la fosse iliaque droite évoluant dans un contexte fébrile, asthénique et anorexique avec nausées et vomissement depuis 24h .

Bilans diagnostiques

Clinique :

A l'admission son état générale était conservé avec une bonne coloration cutaneo muqueuse, une température chiffrée à 38,3°C, eupnéique et elle avait un transit conservé .

A la palpation on a retrouvé une sensibilité de la fosse iliaque droite avec un signe de Rowsing négatif .

Biologique :

On a noté une hyperleucocytose à 12000 élément / mm³ avec PNN >75% à la formule de

numération sanguine et une CRP Positive non chiffrée.

Au terme de ces bilan la patiente était scorée a 8 d'Alvarado.

Radiologique :

Une Echographie abdomino-pelvienne a été faite, mettant en évidence une structure tubulée en latéro-caecale interne mesurée à 30 mm de longueur et à 12 mm de diamètre tuméfiée associé à une densification de la graisse en regard.

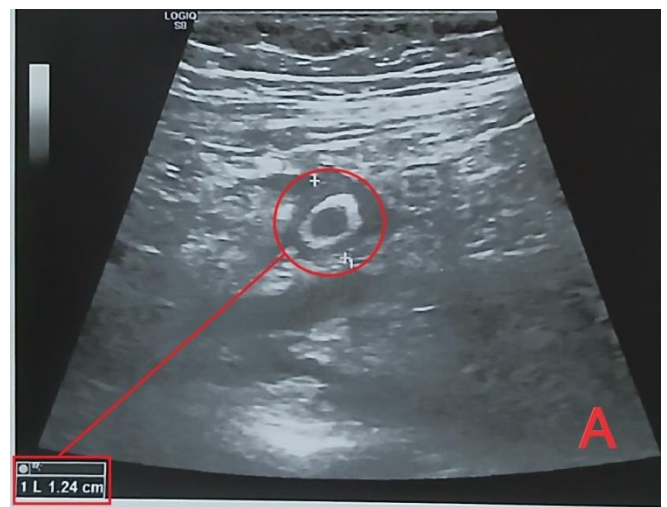


Figure 01 (A) : image en cocarde au niveau de la fosse iliaque droite ; avec densification de la graisse mésentérique en regard.

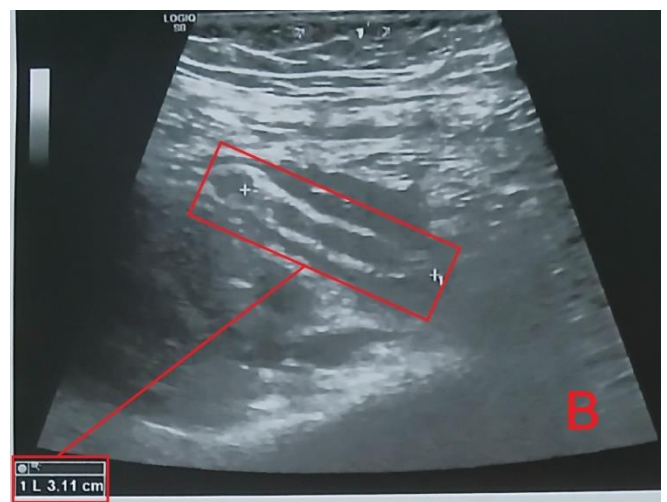


Figure 01 (B) : coupe échographique longitudinale .

Sur ces arguments cliniques biologiques et échographiques le diagnostic d'appendicite sur moignon était retenu.

La patiente était hospitalisée, mise sous antalgique et antipyrétique, 1g de paracétamol

Avec une double antibiothérapie par métronidazole et céfalexine, 500mg et 01g respectivement.

Opérée 04 heures après le diagnostic, sous Anesthésie générale, Abordée par voie itérative (Mac Burney).

Après libération des adhérences, l'exploration avait retrouvé un moignon appendiculaire phlegmoneux latéro-caecal interne, sous séreux à base saine et large.

On a réalisé une appendicectomie avec fermeture de la base appendiculaire par 02 hémi-surjet.

Un drainage lamellaire a été mis en place ; on a terminé l'intervention par une fermeture plan par plan et la pièce est adressée pour un examen anatomopathologique.

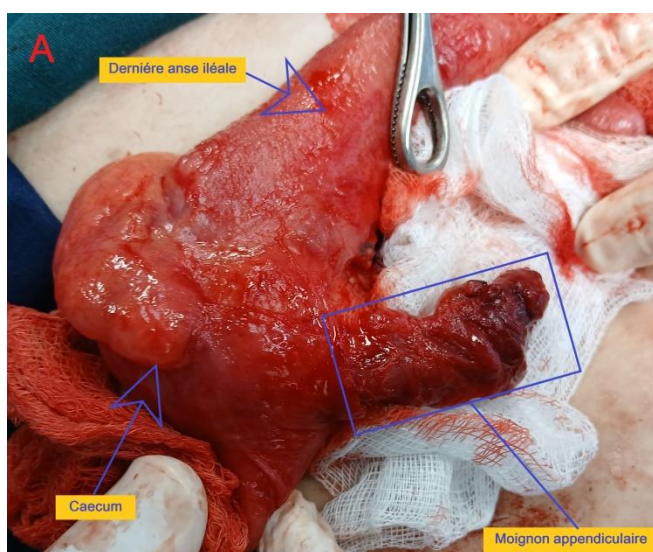
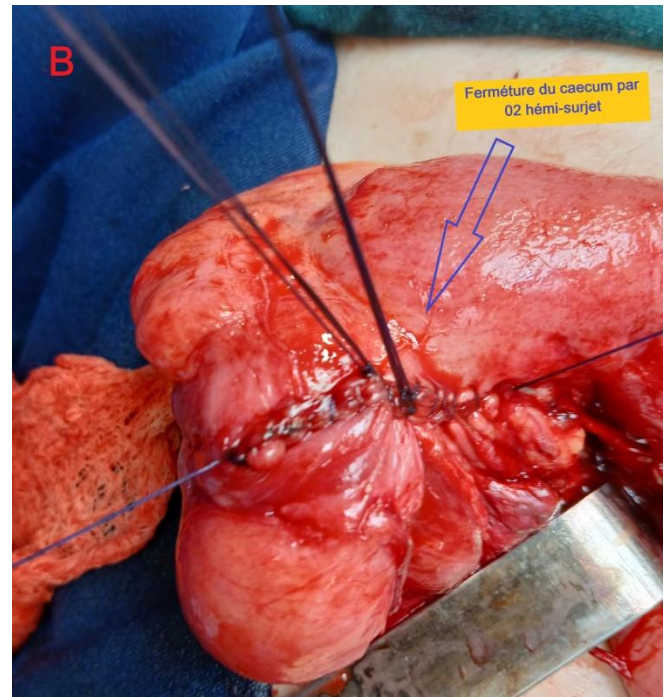


Figure 02 (A+B+C) : Aspect per opératoire

A : Moignon appendiculaire.

B : Fermeture caecale.

C : Pièce d'appendicectomie.

Suite opératoire :

La patiente a repris le transit au 1er jour post opératoire.

Sur le plan biologique :

Une CRP à J3 = 58,14 mg/l ; puis une CRP à J5 = 19,53 mg/l .

Elle est sortie au 05^e jour post opératoire après ablation de la lame.

Au bout de 10 jours on a réalisé une ablation des fils après cicatrisation de la plaie.

Anatomopathologie :

Appendicite aigue phlegmoneuse sur un moignon de 30 mm .

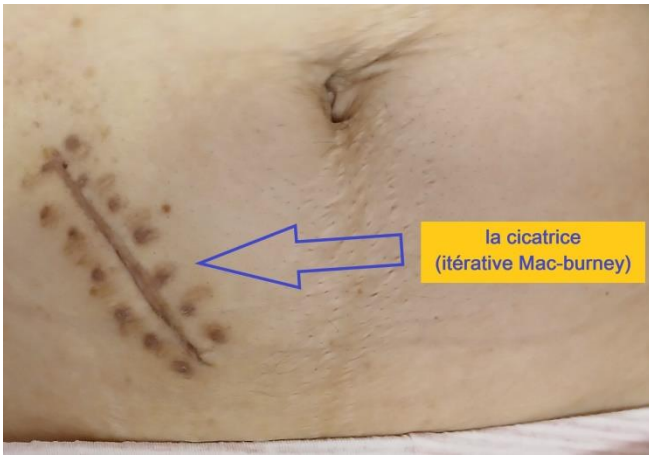


Figure 03 : Cicatrice au 15^e jour post-opératoire.

DISCUSSION

L'appendicite sur moignon est un phénomène postopératoire rare.

L'incidence est décrite dans la littérature comme allant de 0,002 à 0,15 %, bien qu'elle soit estimée plus élevée que ce qui a été précédemment rapporté. [3]

Le fait d'oublier un moignon peut s'expliquer par une dissection difficile lors de l'appendicectomie initiale, soit en raison de l'importance de l'inflammation, soit en raison du siège de l'appendice notamment en position rétro-caecale, donc un défaut d'identification de la base de l'appendice qui est repérée à la convergence des bandelettes musculaires (tænia coli) sur la paroi caecale. [4]

Un autre facteur pris en compte est la longueur excessive du moignon appendiculaire laissé après l'appendicectomie. Shah et al [4], et Parthasarathi et al [5] ont signalé qu'un moignon mesurant moins de 3 à 5 mm comme facteur protecteur.

Il existe de rarissimes appendices doubles (incidence estimée à 0,004 %) parfois associés à des duplications caecales. [6]

D'autres causes d'appendicites récidivantes existent, tel que l'inflammation d'un diverticule caecal ou d'un appendice épiploïque caecal qui peuvent être confondu avec l'appendice iléo-caecal dans la chirurgie initiale. [7]

La symptomatologie clinique est similaire à une appendicite aigue cependant le diagnostic est souvent retardé en raison de l'antécédent d'appendicectomie ce qui entraînerait de grave complication. [8]

Dans une série de 60 cas analysés par Leff et al [9], en raison de l'antécédent d'appendicectomie, l'appendicite sur moignon était diagnostiquée à tort comme une constipation ou bien une gastro-entérite, avec un retard important à l'intervention chirurgicale et une évolution vers la perforation avec une péritonite localisée ou généralisée dans 40 % des cas.

Quelques études mentionnent des taux de perforation encore plus élevés, soit jusqu'à 70%. [10]

La tomodensitométrie avec injection et l'échographie abdominopelvienne sont similaires pour le diagnostic de l'appendicite sur moignon et les résultats peuvent être similaires à ceux observés dans l'appendicite aigüe. [11]

La cœlioscopie exploratrice a sa place dans les cas douteux ; avec double intérêt diagnostique et thérapeutique. [12]

L'appendicite sur moignon est généralement pris en charge chirurgicalement dans les cas rapportés dans la littérature. le choix de la laparotomie ou de la laparoscopie dépend de divers paramètres et l'intervention peut aller d'une résection du moignon appendiculaire à une hémicolectomie droite. [11]

Chez les patients pour lesquels la prise en charge chirurgicale peut ne pas être l'option appropriée, une prise en charge conservatrice avec des

antibiotiques telle que décrite par Paudyal et al. a montré une efficacité clinique. [13]

La mucocele sur moignon appendiculaire est très rare, quelques cas ont été rapportés dans la littérature, La résection doit être réalisée avec la plus grande précaution pour retirer la masse intacte. [14]

Conclusion

Le diagnostic d'appendicite sur moignon, bien que rare, doit être envisagée chez tout patient présentant des douleurs abdominale après une appendicectomie, surtout dans la fosse iliaque droite.

Un diagnostic et une prise en charge précoces peuvent prévenir la survenue de complication parfois grave chez ces patients.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à transmettre en rapport avec le manuscrit.

REFERENCES

[1] Geraci G., Lena A., D'Orazio B., Cudia B., Rizzuto S., Modica G.: A rare clinical entity: stump appendicitis. Case report and complete review of literature. *Clin Ter*, 2019; 170(6): e409-17.

[2] Rose T. Recurrent appendiceal abscess. *Med J Aust*. 1945;32:65962.

[3] Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, *et al*. Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. *World J Emerg Surg* 2018;13:22.

[4] Shah T., Gupta R.K., Karkee R.J., Agarwal C.S.: Recurrent pain abdomen following appendectomy: Stump Appendicitis, a surgeon's dilemma. *Clin Case Rep*, 2017; 5(3): 215–217.

[5] Parthasarathi R., Jankar S.V., Chittawadgi B. *et al.*: Laparoscopic management of symptomatic

residual appendicular tip: A rare case report. *J Minim Access Surg.*, 2017; 13(2): 154–156.

[6] Kanona Nageswaran H, Khan U, Hill F, Maw A. Appendiceal duplication: a comprehensive review of published cases and clinical recommendations. *World J Surg*. 2018 Feb;42(2):574-581. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4178-1>

[7] El-Menyar A., Naqvi SGA, Al-Yahri O *et al*. Diagnosis and treatment of epiploic appendagitis in a Middle Eastern country: An observational retrospective analysis of 156 cases. *World J Surg*. 2024, April, 1-10. <https://doi.org/10.1002/wjs.1216>

[8] Manatakis DK, Aheimastos V, Antonopoulou M-I, Agalianos C, Tsiaoussis J, Xynos E. Unfinished business: a systematic review of stump appendicitis. *World J Surg*. 2019;43:2756-2761.

[9] Leff D.R., Sait M.R., Hanief M., Salakianathan S., Darzi A.W., Vashisht R.: Inflammation of the residual appendix stump: a systematic review. *Color Dis*, 2012; 14(3): 282–293.

[10] O'Leary D.P., Myers E., Coyle J., Wilson I.: Case report of recurrent acute appendicitis in a residual tip. *Cases J.*, 2010; 3: 14.

[11] Salati S.A.: Stump appendicitis – a systematic analysis; *Pol Przegl Chir* 2021; 93: (1–7); DOI: 10.5604/01.3001.0015.4553 (Advanced online publication)

[12] Botianu P.V.H., Botianu A.M.V., Boeriu C.: Laparoscopic management of stump appendicitis after open appendectomy. *J Surg*, 2016; 12(1): 37–38.

[13] Paudyal N, Saeed FA, Shrestha B. Role of conservative management in stump appendicitis: a case series. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2022;60:828–31.

[14] Hindawi International Journal of Surgical Oncology Volume 2021, Article ID 8816643, 6 pages <https://doi.org/10.1155/2021/8816643>