

Syndrome occlusif fébrile aigu chez une tunisienne

Abid M, Ben Amar M, Trabelsi A, Mzali RK, Boujelben S, Frikha Mf, Beyrouti MI

Service de chirurgie générale, EPS Habib Bourguiba Sfax, Tunisie

Med Trop 2011 ; 71 : 187-188

Observation

Une patiente âgée de 65 ans, obèse, était hospitalisée en urgence pour une douleur abdominale d'apparition brutale prédominant au niveau de l'hypochondre droit évoluant depuis 48 heures, accompagnée d'un arrêt des matières et des gaz, sans vomissements et d'une fièvre à 38,2°C. L'examen clinique retrouvait une défense de l'hypochondre droit. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 14 000 GB/mm³, une vitesse de sédimentation à 70 mm à la première heure et une CRP à 45 mg/L. La radiographie de l'abdomen sans préparation était normale. La tomодensitométrie abdominale (figure 1) objectivait une masse de 9 x 2,5 cm de grand axe sous-pariétale antérieure limitée par une capsule péri-lésionnelle hyperdense avec un centre à composition mixte, graisseuse et tissulaire. Il n'y avait pas de collection intra-abdominale. Le foie et la vésicule biliaire étaient normaux.

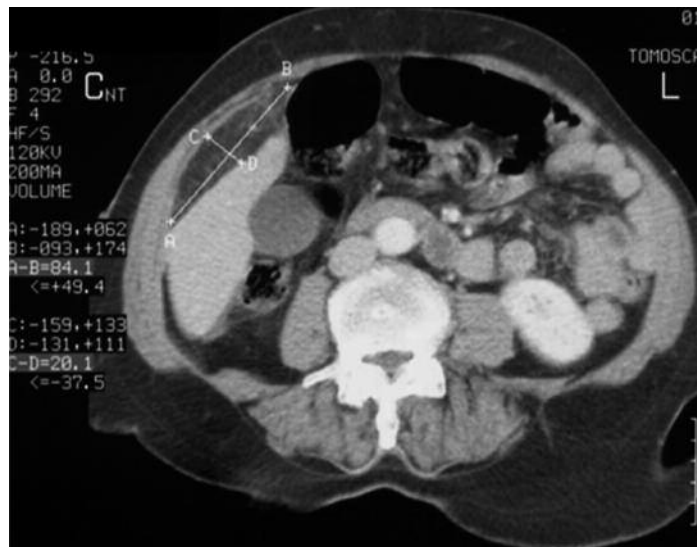


Figure 1. Coupe transversale d'une tomодensitométrie abdominale.

Quel est votre diagnostic ?

• Correspondance : abid_med_chu@yahoo.fr
• Article reçu le 24/04/2009, définitivement accepté le 9/03/2011

Réponse

Infarctus idiopathique du grand épiploon

Devant l'absence d'amélioration clinique sous traitement médical à base d'antalgique et anti inflammatoire, une coelioscopie exploratrice était réalisée. Il existait une volumineuse adhérence épiploo-pariétale dont l'effondrement mettait en évidence une nécrose du bord droit du grand épiploon avec la présence d'un épanchement séro-hématique sous hépatique et au niveau de la gouttière pariéto-colique droite. Cette lésion était réséquée. L'examen anatomopathologique de la pièce de résection concluait à un infarctus hémorragique du grand épiploon. Les suites opératoires étaient simples et la patiente sortait au quatrième jour post opératoire.

Discussion

L'infarctus idiopathique segmentaire du grand épiploon (IGE) est une cause rare et souvent méconnue de syndrome douloureux abdominal aigu. Il représente 0,2 % des interventions digestives et 0,1 % des laparotomies exploratrices pour abdomen aigu (1). Il peut être primaire (idiopathique) en rapport avec une malformation de l'épiploon (épiploon bifide ou accessoire) (2, 3) ou secondaire à une torsion du grand épiploon liée à une pathologie intra-abdominale telle qu'une hernie, une tumeur, un kyste ou des adhérences (4). La localisation droite est la plus fréquente (1, 2, 5). Il existe des facteurs favorisants d'infarctus épiploïque qui sont les efforts excessifs ou violents, la congestion vasculaire postprandiale, de brusques augmentations de pression intra-abdominale (toux, éternuements, traumatismes). L'obésité et le sexe masculin sont les deux facteurs majeurs pré-disposants pour l'IGE.

La symptomatologie clinique siège dans 94 % des cas au niveau des quadrants droits de l'abdomen (1, 2, 5). Le tableau clinique peut mimer une cholécystite aiguë lorsque la douleur prédomine au niveau de l'hypochondre droit, comme pour notre observation (1), une appendicite aiguë (2, 3, 5) ou une diverticulite caecale quand elle siège au niveau de la fosse iliaque droite. Rarement, l'infarctus concerne le bord gauche du grand épiploon, simulant alors une sigmoïdite diverticulaire.

Devant un syndrome abdominal aigu, le scanner constitue l'examen de première intention (1, 4). Il montre une masse graisseuse « en navette », bien limitée, hétérogène, circonscrite par un liseré hyperdense et de topographie sous pariétale antérieure ou antéro-latérale droite, associée à un épaississement du péritoine pariétal antérieur (1). Le diagnostic différentiel radiologique se pose avec le lipome, le liposarcome, le tératome, le pseudomyxome péritonéal et la sclérolipomatose mésentérique (3, 5). Le signe radiologique pathognomonique de l'IGE est la présence d'images linéaires concentriques au sein de la masse (1).

Le traitement de l'IGE est essentiellement médical (1). La chirurgie est indiquée en cas de résistance à ce traitement médical ou lors de complications (hémorragiques, infectieuses ou occlusives) (4, 5). La voie coelioscopique constitue un excellent moyen d'exploration devant un syndrome abdominal aigu inexpliqué. Elle permet de faire le diagnostic et de réaliser la résection de la partie infarctée de l'épiploon, en évitant les inconvénients de la laparotomie (1, 2).

Conclusion

L'infarctus idiopathique segmentaire du grand épiploon est une entité rare, souvent méconnue. Le diagnostic clinique est difficile. La tomодensitométrie abdominale est l'examen de choix. En l'absence d'amélioration sous traitement antalgique ou lors d'apparition de complication, l'exérèse laparoscopique de l'épiploon infarcté constitue le traitement de référence.

Références

1. Barbier CH, Pradoura JM, Tortuyaux JM, Denny P, Béot S, Bazin C. Imagerie des infarctus segmentaires idiopathiques du grand épiploon : apport diagnostique et physiopathologique. *J Radiol* 1998; 79 : 1367-72
2. Lugo B, Emil S. Omental torsion. *J Pediatr Surg* 2006; 41 : 458-9
3. Trombetta LJ. Primary torsion of the omentum: CT appearance. *J Am Coll Surg* 2004; 198 : 494.
4. Naffaa LN, Shabb NS, Haddad MC. CT findings of omental torsion and infarction : case report and review of the literature. *Clin Imaging* 2003; 27 : 116-8.
5. Lo CP, Chenb TW, Liu HD, Liu CH, Chen CY, Yu CY. CT diagnosis of primary torsion of the greater omentum. *Eur J Radiol Extra* 2004; 52 : 69-72.

SYNDROME OCCLUSIF FÉBRILE AIGU CHEZ UNE TUNISIENNE: INFARCTUS IDIOPATHIQUE DU GRAND ÉPIPLOON

RÉSUMÉ • Une observation d'infarctus idiopathique du grand épiploon, survenant chez une tunisienne, présentant une douleur aigue de l'hypochondre droit avec syndrome occlusif fébrile, est rapportée. La tomодensitométrie abdominale est l'examen de choix. En l'absence d'amélioration sous traitement antalgique ou lors d'apparition de complication, l'exérèse laparoscopique de l'épiploon infarcté constitue le traitement de référence.

MOTS-CLÉS • Infarctus du grand épiploon. Tomодensitométrie. Coelioscopie. Tunisie.

ACUTE OCCLUSION WITH FEVER IN A TUNISIAN WOMAN: INFARCTION OF THE GREAT OMENTUM

ABSTRACT • The purpose of this report is to describe a case of idiopathic segmental infarction of the great omentum, in a Tunisian woman, who presented with acute right hypochondrial pain simulating cholecystitis. Abdominal CT scan is the modality of choice. If symptoms resist medical treatment or complications occur, laparoscopic excision is the best therapeutic technique.

KEY WORDS • Infarction of the great omentum. Computed tomography. Laparoscopy. Tunisia.