

OCCLUSION INTESTINALE MECANIQUE D'ORIGINE APPENDICULAIRE. A PROPOS DE DEUX CAS.

Mechanical bowel obstruction by appendix. Review of two cases.

SANOU A¹, ZONGO N¹, BONKOUNGOU G¹, KABORE RA F², SANO D¹, ZIDA M¹, TRAORE S S¹
1 Service de Chirurgie générale et digestive ; 2 Service d'anesthésie réanimation ; Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ; 03 BP 7022 Ouagadougou- Burkina Faso

CORRESPONDANCE: Dr SANOU Adama, 01 BP 403 OUAGADOUGOU Email: sanoua14@yahoo.fr.
Tel: 00226 70 41 57 17 ; Fax : 00226 50 48 47 18

RESUME

Les occlusions aiguës mécaniques de l'intestin grêle par une appendicite chronique sont rares. Nous rapportons deux cas d'occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. Dans le premier cas, le mécanisme était une compression de l'iléon terminal par l'appendice qui adhérait au mésentère. Dans le second cas, l'appendice s'enroulait autour d'une portion coudée de l'iléon terminal réalisant une véritable strangulation. Une résection intestinale était nécessaire dans ce dernier cas en plus de l'appendicectomie. Ces occlusions nécessitent un diagnostic précoce et un traitement dans un bref délai. Le retard à la prise en charge était le facteur déterminant du pronostic.

Mots clés : occlusion intestinale mécanique – appendicite chronique.

SUMMARY

Mechanical small bowel obstruction secondary to chronic appendicitis is rare. We present two cases of mechanical intestinal obstruction from appendicular origin. In the first case, the mechanism was the compression of the last loop of ileum by appendix attached the mesentery. In the second case, the last loop of ileum was strangulated by the appendix. An intestinal resection was necessary in this last case. These intestinal obstruction required early diagnosis and prompt operative intervention. Treatment delay is the major deleterious factor influencing the outcome.

Keywords: Mechanical intestinal obstruction – chronic appendicitis.

INTRODUCTION

L'appendicite aiguë est une des pathologies digestives bénignes les plus fréquentes [1,2]. Son traitement est bien codifié et repose essentiellement sur la chirurgie : l'appendicectomie. Ses complications sont variées et souvent dues au retard de diagnostic dans les formes subaiguës. L'iléus paralytique est couramment observé mais l'occlusion intestinale aiguë mécanique est une complication rare lors des appendicites. Nous en décrivons deux cas observés au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

OBSERVATION N°1

Un patient âgé de 21 ans a consulté au service des Urgences Chirurgicales pour une douleur abdominale diffuse évoluant depuis 3 jours, accompagnée de vomissements et d'un arrêt des matières et des gaz. L'examen clinique concluait à une occlusion intestinale aiguë. La radiographie de l'abdomen sans préparation avait mis en évidence des niveaux hydro-aériques de siège grêlique. L'hémogramme, la glycémie et la fonction rénale étaient normaux. La laparotomie médiane sus et sous ombilicale réalisée le même jour nous avait permis de découvrir une strangulation nette de l'iléon à 50 cm de la jonction iléo-caecale par une bride qui n'était autre qu'un appendice pseudo-tumoral nécrotique (**figure 1**). L'apex de cet appendice adhérait au mésentère, entraînant

une obstruction de la lumière intestinale comme l'indique la **figure 2**. Il n'y avait pas de lésion pariétale, ce qui éliminait les brides occlusives. Nous avons réalisé une appendicectomie. Les suites ont été simples et le patient est sorti 7 jours après l'intervention. L'examen anatomopathologique de l'appendice qui mesurait 11 cm avait objectivé des œufs de *Schistosoma haematobium* avec une appendicite chronique.

OBSERVATION N°2

Une patiente de 78 ans a été admise aux urgences chirurgicales pour douleurs abdominales, vomissements et arrêt des matières et gaz évoluant depuis 4 jours. Elle ne signalait aucun antécédent pathologique particulier. L'examen physique initial retrouvait un syndrome infectieux avec une fièvre à 38,5°C ; une altération de l'état général et un météorisme abdominal diffus, et tympanique. Cette occlusion intestinale aiguë fébrile a été confirmée par une radiographie de l'abdomen sans préparation qui montrait des niveaux hydro-aériques. L'hémogramme montrait une hyperleucocytose à 13 000 / mm³ et une anémie à 07 g d'hémoglobine/dl. Le groupe sanguin était B rhésus positif. La patiente avait bénéficié d'une transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus. L'exploration chirurgicale avait été réalisée sous anesthésie générale par laparotomie médiane sus et sous

ombilicale. Elle avait permis de découvrir un appendice augmenté de volume et gangréné à son apex. Cet appendice inflammatoire s'enroulait autour d'une portion coudée de l'iléon terminal réalisant une véritable strangulation du grêle (**figure 3**). L'anse était nécrosée sur environ 10 centimètres. Nous avons réalisé une appendicectomie et une résection de l'iléon nécrosé avec anastomose immédiate termino-terminale. Notre patiente est décédée au premier jour post-opératoire dans un tableau de choc septique. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait objectivé une appendicite chronique.

DISCUSSION

Les appendicites aiguës sont l'une des urgences abdominales les plus fréquentes [1, 2]. Leurs complications sont multiples. Une complication courante est l'occlusion fonctionnelle par iléus paralytique [1]. Cependant l'occlusion mécanique par strangulation de l'iléon terminal par un appendice inflammatoire est rare [3,4]. Il existe très peu de cas décrits dans la littérature et la plus grande série comportait 10 cas [5]. Comme dans les séries d'ASSENZA et O'DONNELL [3,4], le tableau clinique dans nos deux cas était celui d'une occlusion intestinale aiguë fébrile dont on ne soupçonnait pas l'origine appendiculaire.

Le scanner peut aider au diagnostic mais ne doit pas retarder la prise en charge. L'appendicite et le mécanisme de l'occlusion ont alors été des surprises opératoires. Plusieurs mécanismes ont été décrits [3] :

- adhésion de l'appendice inflammatoire au péritoine postérieur, croisant l'iléon et comprimant ainsi sa lumière,
- adhésion directe de l'appendice inflammatoire à la paroi intestinale réalisant son obstruction par compression,
- adhésion de l'appendice inflammatoire au mésentère non loin de l'artère iléo-colique causant la thrombose et la gangrène de l'iléon terminal,
- enroulement de l'appendice inflammatoire autour d'une portion de l'iléon terminale coudée et son mésentère.

Le dernier mécanisme correspond à celui retrouvé dans notre cas N°2. Pour notre premier cas, le mécanisme s'apparente au second mécanisme sus-cité, mais l'appendice adhérait plutôt au mésentère et comprimait la dernière anse iléale.

Les appendices étaient longs dans nos deux cas, cet aspect est considéré comme un facteur favorisant la strangulation [3]. Par ailleurs, l'occlusion semble survenir le plus souvent en cas d'appendicite chronique associée à des lésions de gangrènes ou perforés [5]. L'histologie avait objectivé dans le cas n°1 une

appendicite chronique avec des œufs de bilharzie. Les appendicites bilharziennes sont réputés rares [6,7]. Malgré le caractère endémique de la bilharziose dans notre contexte, nous ne pouvons pas établir un lien direct entre les deux pathologies. Les suites ont été simples pour le cas N° 1. Le décès du cas N°2 par choc septique est imputable à son âge avancé (78 ans) et au retard à la consultation (96heures). Le délai thérapeutique est le principal facteur pronostic [3].

CONCLUSION

Les occlusions aiguës mécaniques de l'iléon terminal par un appendice inflammatoire sont rares. La longueur de l'appendice et la chronicité de l'inflammation sont des facteurs favorisants. L'origine appendiculaire de l'occlusion est toujours une surprise opératoire. Le pronostic dépend du délai de prise en charge.

REFERENCES

1. Harouna Y, Amadou S, Gazi M, Gamatie Y, Abdou I, Omar GS, Gueliena G, Saley YZ, Moukaila H, Boureima M. les appendices au Niger :prognostic actuel. Bull Soc Pathol Exol, 2000,93(5):314-16.
2. Koumaré AK, Traoré IT, Ongoiba N, Traoré AKD, Simpara D, Diallo A. les appendicites à Bamako(Mali). Med Afr Noire,1993,40(4):259-62.
3. Assenza M, Ricci G, Bartolucci P, Modini C. mechanical small bowel obstruction due to an inflamed appendix wrapping around the last loop of ileum. G chir 2005,26(617):261-66.
4. O'donnell ME, Sharif MA, O'kane A, Spence RAJ. Small bowel obstruction secondary to an appendiceal tourniquet. Ir J med Sci 2009, 178(1):101-05.
5. Stuart H, Leslie ER. Mechanical small bowel obstruction due to acute appendicitis. Review of 10 cases. Annals of surgery 1966, 164(1):157-61.
6. Tadashi T. Shistosomal appendicitis: incidence in Japan and a case report. World J gastroenterol 2009,15(13):1648-49.
7. Francesco R, Silvio P. appendicitis associated with presence of shistosoma haematobium eggs: an unusual pathology for Europe. AMPIS, 2006,114:72- 06.

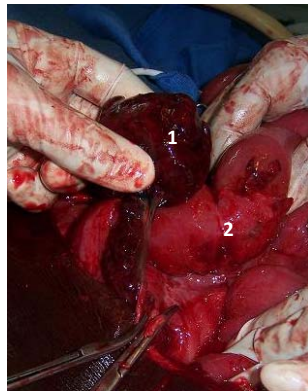


Figure 1 : Appendice et striction iléale (Appendix and ileal striction)

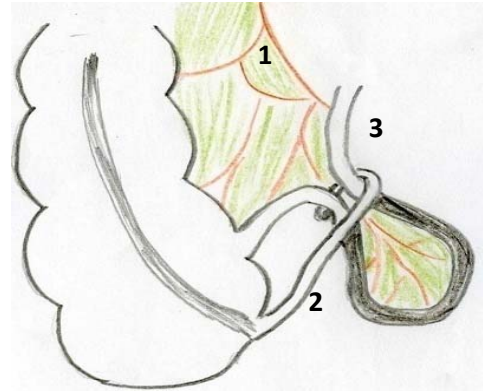


Figure 3 : Strangulation de l'iléon par l'appendice (ileum strangulation by appendix)

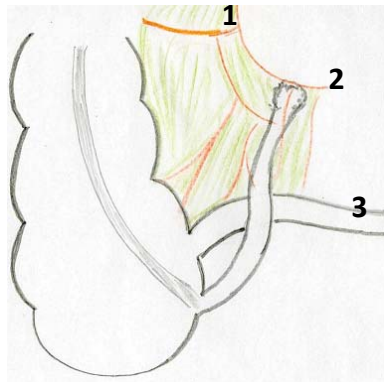


Figure 2 : obstruction de l'iléon par l'appendice (Ileum obstruction by appendix)

LEGENDES DES FIGURES

Figure 1: 1-Appendice (Appendix), 2-Striction iléale (Ileal striction)

Figure 2 : 1- mésentère (mesentery), 2- Appendice (Appendix), 3-iléon (ileum)

Figure 3 : 1- mésentère (mesentery), 2- Appendice (Appendix), 3-iléon (ileum)