

# L'APPENDICITE MÉSO-CÆLIAQUE ET SES PIÈGES

J.F. BLANC, R.J.M. DAMAS, B. DENIS, V. BAQUE et J. CERUTTI (✱)

L'appendicite aiguë est incontestablement l'urgence abdominale la plus fréquemment rencontrée : 52 % des urgences abdominales sont des appendicites, selon une statistique de P. CHALNOT et J. GROSIDIER de Nancy, portant sur 1.766 cas.

« Parler appendicite, nous dit LAURENCE, c'est parler pratique, poser la question de tous les jours, accompagner dans ses visites le médecin praticien isolé, armé de bon sens, de doigté et d'une méfiance en éveil ». Pourtant l'appendicite aiguë est loin de se présenter toujours sous un aspect identique. MONDOR nous demande de parler des appendicites et non de l'appendicite.

Ici même, dans la Revue Médicale de Madagascar de juin 1964, les Docteurs RAZAFINDRAZAKA et RALANTOARITSIMBA nous ont montré quelques surprises de la fosse iliaque droite.

Si le tableau clinique et l'évolution des appendicites varient en fonction de nombreux facteurs, c'est surtout la position de l'appendice dans l'abdomen qui détermine les nombreuses formes cliniques.

Les différentes positions classiques de l'appendice sont présentes dans la mémoire de tout clinicien ; pourtant J.C. REYMOND nous dit que l'appendice peut siéger partout dans le ventre et un schéma humoristique de l'abdomen illustre cet aphorisme : l'appendice n'y figure nulle part.

Nous envisagerons la localisation méso-cœliaque. L'appendice est en situation méso-cœliaque lorsque son corps et son extrémité se trouvent au-dessus et à gauche de l'angle iléo-cœcal. Trois variétés sont donc possibles :

- *variété prémésentérique* : l'évolution et la symptomatologie de l'appendicite sont banales ;
- *variété intramésentérique* : exceptionnelle ;
- *variété rétromésentérique* : correspond à l'éventualité que nous nous proposons d'étudier à propos de deux cas.

(\*) Séance du 6 avril 1965.

## OBSERVATIONS

Notre première observation concerne une jeune fille européenne de 11 ans; traitée depuis 2 ans pour une amibiase intestinale; elle présente en août 1963 une première crise douloureuse abdominale qui fut rapportée à une colite méta-amibienne. Elle subit un traitement éméтинien et en mars 1963 une nouvelle crise motive son hospitalisation : la douleur est haut située et son irradiation vers l'ombilic fait soupçonner une appendicite sous-hépatique ou méso-célique.

L'intervention chirurgicale confirme ce dernier diagnostic : l'incision dans la fosse iliaque droite permet de repérer et de lier la base appendiculaire mais ne pouvant atteindre la pointe, on est obligé de pratiquer une laparotomie médiane para-ombilicale chez cette jeune fille chaudement recommandée et qui devait bénéficier d'une incision aussi réduite que possible. L'extrémité appendiculaire, même par cette voie large est difficile à repérer car elle se trouve en arrière du mésentère, sous la troisième portion du duodénum et il faut finalement lier un tractus adhérentiel qui la fixe sur la face antérieure de la veine cave inférieure : l'examen anatomopathologique devait confirmer qu'il y avait eu antérieurement perforation de l'extrémité de l'appendice.

Les suites opératoires furent simples, mis à part l'air dépité de la mère qui comprenait difficilement ces balafres généreuses et non orthodoxes.

*Monsieur R..., Malgache, âgé de 55 ans*, nous est adressé pour un syndrome douloureux abdominal datant de 24 heures. C'est un homme de 80 kg pour 1 m 65, traité depuis cinq ans pour une bilharziose intestinale et qui aurait présenté en l'espace de un an, deux épisodes douloureux identiques à celui-ci. Les cernes péri-oculaires, la langue sèche et rotie, une légère dyspnée, révèlent un malade fatigué. La température est à 38°5, le pouls à 100. Le malade n'a pas eu de selles depuis trois jours mais il a eu quelques gaz ; aucun vomissement mais une tendance nauséuse marquée.

L'examen abdominal, gêné par l'épaisseur du pannicule adipeux, révèle une défense diffuse à prédominance sous ombilicale. Au T.R. le Douglas est légèrement douloureux. La radiographie sans préparation de l'abdomen montre une grisaille diffuse sous ombilicale sans niveaux liquides. La leucocytose est à 10.000 G.B. avec 80 % de polynucléaires. Tous les autres examens biologiques sont normaux, en particulier amylosémie et amyplasurie.

Le malade est placé en aspiration gastro-duodénale, antibiothérapie et une rééquilibration hydro-électrolytique est réalisée après contrôle biologique par ionogramme sanguin et urinaire. L'intensité de la douleur péri-ombilicale devient telle que l'on envisage la possibilité d'un infarctus entéro-mésentérique, d'autant que l'auscultation, révélant une abolition du péristaltisme intestinal, évoque le « silence sépulcral » de Grégoire, signe important de l'infarctus. Ce dernier diagnostic paraît se confirmer au troisième jour devant l'apparition d'une oligurie à 100 cc par 24

heures, celle-ci pouvant s'expliquer par une thrombose extensive. Mais cet épisode oligurique cède rapidement aux perfusions de Mannitol. Au quatrième jour, on décide d'intervenir et l'on découvre un abcès méso-cœliaque au sein duquel on extirpe un appendice sphacélé. Les suites opératoires furent normales.

A propos de ces deux observations nous voudrions rappeler les caractéristiques essentielles de l'appendicite méso-cœliaque.

## ETIOLOGIE

L'appendicite méso-cœliaque est rare. DESJACQUES et MURAT indiquent 35 cas sur 5.000 appendicectomies, soit 0,7 %. En ce qui nous concerne nous en avons observé 2 cas en 30 mois, sur 458 appendicectomies. Les appendicites méso-cœliaques s'observent en général soit chez le jeune enfant, soit chez l'adulte âgé. Les différents auteurs ne révèlent pas de prédispositions particulières. Nos deux malades présentaient une affection intestinale intercurrente : l'une une amibiase, l'autre une bilharziose — nous ne pouvons que signaler le fait.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous rappellerons que sous le terme d'appendicite méso-cœliaque, on désigne les cas où l'appendice en entier, ou sa plus grande partie, siège en arrière du mésentère, dans l'espace situé en hauteur du promontoire en bas, au pied du mésentère en haut, près de l'angle duodéno-jéjunal. A droite et à gauche, l'appendice peut se présenter accolé à la paroi pariétale postérieure, apparemment rétro-péritonéal dans le fascia de Told. Cet appendice méso-cœliaque doit être distingué de l'appendice intramésentérique, contenu entre les deux feuillets du mésentère.

L'infection appendiculaire, prise en sandwich entre la face postérieure du mésentère et le péritoine pariétal postérieur évolue en trois stades : l'appendicite aiguë simple, de diagnostic difficile est souvent négligée et qui évolue vers la formation d'un abcès méso-cœliaque, rétro-mésentérique ; second stade où l'infection appendiculaire se développe à bas bruit, les accolements séreux limitant le processus infectieux : l'irritation mésentérique s'accompagne alors souvent d'un iléus réflexe. Dans un troisième stade, l'abcès évolue vers le grand ventre provoquant soit une évolution vers la péritonite aiguë généralisée soit une occlusion par adhérence du grêle sur le magma inflammatoire.

## SYMPTOMATOLOGIE

1) *Au stade d'appendicite simple*, le diagnostic exact d'appendicite méso-cœliaque est difficile. La douleur est souvent haute, le siège para-ombilical paraît assez fréquent mais pour retrouver des signes d'appel au niveau de la fosse iliaque gauche. En présence d'un syndrome abdominal fébrile et aigu, en particulier chez un enfant, un examen clinique soigneux permettra d'éliminer l'appendicite iliaque droite, pelvienne par

le T.R., rétrocœcale par l'absence de douleur au-dessus de la crête iliaque ; c'est en procédant par élimination que l'on songera au siège méso-cœliaque. La douleur peut toutefois être confondue avec une parasitose intestinale, ou avec des douleurs liées à une adénolymphite mésentérique.

Chez l'adulte la crise initiale douloureuse est d'un diagnostic également délicat. La clinique permet en général d'éliminer les très classiques syndromes pseudo-chirurgicaux, tels que coliques hépatiques ou néphrétiques, intoxication alimentaire, infarctus myocardique à forme abdominale, pneumonie ou manifestations péritonéales du purpura rhumatoïde de Schönlein-Henoch, en particulier lorsque manquent les manifestations articulaires ou rénales.

Signalons que depuis quelques années beaucoup d'auteurs, en particulier CLAISSE en 1950, FRANCILLON en 1960, ont attiré l'attention des chirurgiens sur les manifestations abdominales des porphyries ; les formes pseudo-appendiculaires ou pseudo-occlusives sont particulièrement trompeuses d'autant que les barbituriques sont dangereux au cours d'une porphyrie. Le diagnostic en est aisé si l'on regarde les urines : l'uro-porphyrine les colore en rouge-brique.

Nous ne signalons que pour mémoire, les manifestations abdominales de la péri-artérite noueuse de Küssmaül, la maladie périodique, l'hyperlipidémie essentielle qui s'accompagne d'hépatomégalie, de splénomégalie, de xantheses sutanés, de rétinites. Chez la femme, on éliminera une affection gynécologique : grossesse extra-utérine, torsion de kyste de l'ovaire, salpingite aiguë, hydro ou pyosalpinx, voire la simple rupture d'un follicule hémorragique.

L'affection est vite localisée à la grande cavité abdominale et l'on pourrait discuter tous les diagnostics chirurgicaux. En fait, le plus souvent la crise première tourne court, elle est négligée et le malade n'est vu dans l'immense majorité des cas, qu'au stade suivant.

2) *L'abcès méso-cœliaque* réalise une occlusion fébrile. C'est un tableau clinique bien particulier où s'intriquent, se superposent, des signes d'occlusion et des signes de péritonite.

L'abdomen est en général modérément tendu. Ce n'est pas le gros ventre tympanique du volvulus du colon pelvien, c'est un ventre douloureux où on s'efforcera de rechercher en profondeur une douleur plus aiguë, plus précise de la F.I.D., une abolition à ce niveau d'un réflexe cutané abdominal, un psoriasis.

Au T.R. : rien. L'abcès ne peut être mis en évidence ; « il est trop profond pour être palpé, trop haut au-dessus du promontoire pour être perçu au T.R. ». L'hémogramme révèle une hyperleucocytose souvent élevée, autour de 15.000 avec 80 % de polynucléaires.

Le diagnostic de l'abcès méso-cœliaque est celui d'une occlusion fébrile : l'invagination est relativement facile à éliminer ; elle est peu fébrile sauf à un stade avancé, de même que le volvulus serré du grêle. La pancréatite aiguë est en général très violente, l'état de choc fréquent,

mais on saura demander en urgence amylosémie et amylosurie car on connaît maintenant mieux certaines formes de pancréatite œdémateuse d'évolution moins dramatique que la grande crise de pancréatite aiguë hémorragique.

La cholécystite aiguë est une cause bien classique d'occlusion fébrile mais le maximum douloureux est en général sous hépatique ; l'infarctus du mésentère, une diverticulose colique, et surtout une occlusion par cancer colique surinfecté auxquels on pense les plus volontiers. On s'aura s'aider de la radiographie qui sans préparation peut parfois révéler l'ombre de l'abcès méso-cœliaque, au-dessus du promontoire, cernée de petits niveaux hydro-aériques.

3) *Evolution* : Sans traitement l'évolution d'un abcès méso-cœliaque est particulièrement grave. La suppuration s'étend, parfois sournoisement sous couvert d'une antibiothérapie.

Nous n'insisterons pas sur les tableaux cliniques de la péritonite en trois temps d'évolution gravissime ni de l'occlusion par agglutination d'anses grêles ; plus rarement la poche abcédeuse peut s'ouvrir dans un viscère creux ou à la peau.

## TRAITEMENT

### 1) *Crise aiguë simple* :

L'intervention chirurgicale urgente constitue évidemment le traitement de la crise aiguë simple. Même si le diagnostic d'appendicite méso-cœliaque est soupçonné, il convient de commencer par une incision au niveau de la F.I.D., plus volontiers un Jalaguier qu'un Mac Burney. Par cette voie, la base appendiculaire sera souvent repérée, mais l'extrémité échappe au doigt. Étendue en haut et en bas l'incision de Jalaguier conduit à un délabrement musculaire particulièrement grave chez un enfant.

Pour MONOD BROCA (avril 1964) dans l'appendicite méso-cœliaque, l'incision de choix est la voie médiane. Elle seule a permis de dégager dans notre première observation l'extrémité appendiculaire collée sous la racine du mésentère à la face antérieure de la veine cave inférieure.

De plus, il est capital de procéder à une appendicectomie complète : dans ces appendicites ectopiques, l'appendice est souvent induré, friable, la rupture peut survenir au cours des mouvements de libération au doigt ou à la compresse, ARSAC et BRISSET en 1957, LONGUET, la même année, ont insisté sur les dangers des appendicectomies incomplètes, pouvant conduire à des péritonites parfois très tardives.

2) *Devant un abcès méso-cœliaque*, la voie médiane sera systématique. Seule une très large voie d'abord permettra :

- de retirer l'appendice,
- de faire une hémostase rigoureuse,
- de libérer et de remettre parfois en ordre l'intestin grêle,

- d'évacuer la totalité du pus contenu dans le ventre,
- de prélever du pus pour examen bactériologique.

Les modalités du drainage sont toujours l'objets d'ardentes discussions ainsi qu'en témoigne le Congrès de Chirurgie de 1963. Si le sac de Mikulicz n'a plus que des indications rarissimes, les uns demeurent fidèles au drain sus pubien, d'autres, MONOD-BROCA, en particulier, referment pratiquement toujours le péritoine sur antibiotiques, pensant qu'une séreuse se défend d'autant mieux qu'elle est close.

En ce qui nous concerne, le drainage par mèche est très rarement utilisé, sauf en cas d'hémorragie en nappe, le méchage favorisant particulièrement les adhérences. Les drains les plus employés demeurent la lame de caoutchouc ondulé ou le drain tubulaire sortant le plus souvent par une contre-incision latérale ; enfin, nous laissons ce drainage un minimum de temps : 48 heures en général. Le drainage sus pubien, indiqué seulement en cas de péritonite généralisée, sera, lui aussi, laissé un minimum de temps.

En post-opératoire, l'antibiothérapie à large spectre, le plus souvent en association, est utilisée par voie générale et par le drain. La persistance de l'occlusion, après contrôle de la rééquilibration ionique, doit faire envisager précocement une réintervention qui peut être une dérivation interne, une plicature intestinale à la façon de Noble ou une arthroèse mésentérique de Childs et Philips.

*En résumé* : nous apportons deux observations d'appendicite méso-cœliaque. L'une au stade d'appendicite aiguë posant surtout un problème de voie d'abord, l'autre d'appendicite compliquée d'un abcès méso-cœliaque et dont le traitement doit répondre aux impératifs d'une chirurgie moderne : par une large voie d'abord sous le couvert d'une anesthésie-réanimation efficace et d'une antibiothérapie, faire un bilan complet des lésions et si possible effectuer le traitement en un seul temps. Mais ces occlusions inflammatoires demeurent graves, la récurrence est fréquente et l'on devra envisager à la moindre menace une intervention de plicature ou d'arthroèse mésentérique, seule capable de prévenir les redoutables accidents occlusifs.

L'appendicite méso-cœliaque pose toujours un problème diagnostique difficile, lié à la profondeur d'un processus qui ne se propage que tardivement à la grande cavité abdominale : on conçoit, ici tout spécialement, le danger d'un camouflage clinique par une antibiothérapie intempestive.

## RESUME

*Deux cas d'appendicite méso-cœliaque sont rapportés par les auteurs : une appendicite subaiguë adhérent à la veine cave inférieure et un abcès méso-cœliaque chez un homme de 55 ans. La difficulté du diagnostic pré-opératoire, le danger du camouflage par une antibiothérapie intempestive et la nécessité d'une voie d'abord large sont évoqués.*

## BIBLIOGRAPHIE

- BARIETY, P. CHOUBRAL, A. CAJDOS et H. DUPLAY  
*Les fausses urgences chirurgicales au cours de certains syndromes abdominaux aigus.*  
Presse Méd., 1956 — 64 — n° 44 — pp. 1023-1024.
- BOUREAU  
*L'appendicite du vieillard.*  
Rev. Prat, 8 : 4 — 395-405 — 1<sup>er</sup> février 1958.
- J.L. BRENIER  
*Appendicite et drainage.*  
Acad. Chir., 1964 — n° 13-14 — pp. 395-396. Séance du 22 avril 1964.
- P. CHALMOT, J. GROSDIDIER, P. GILLE, R. FRISCH, Ph. VICHARD et P. MASSE  
*A propos de 1766 cas d'urgences abdominales.*  
Ann. Chir., 1962 — vol. 16 — n° 1-2 — 29-34.
- J. CHOME et Ph. SAGLIER  
*Etude histologique des stades de début de l'appendicite.*  
Presse Méd., 1961 — 69 — n° 9 — pp. 411-412.
- A. CORCOS  
*Abcès tardif de la fosse iliaque droite après appendicectomie pour péritonite appendiculaire.*  
Presse Méd., 1959 — 67 — n° 61 — pp. 2346-2347.
- R. DESJACQUES et J. MURAT (Lyon)  
*Réflexion sur 5,000 appendicectomies.*  
Presse Méd., 1963 — 71 — n° 16 — pp. 803-804 (30 mars 1963).
- R. DESJACQUES  
*Sur les péritonites après appendicectomie à froid.*  
Mém. Acad. chir., 1961 — 87 — 851.
- R. DESJACQUES — RAY  
*La désinfection du moignon appendiculaire dans l'appendicectomie.*  
Presse Méd., 1962 — n° 28 — 1406.
- J. FRANCILLON  
*Porphyrisme et chirurgie.*  
An. Chir., 1960 — vol. 14 — n° 19-20 — 1263-1266.
- P. HAUTEFEUILLE  
*L'appendicite du nourrisson.*  
Rev. Prat, 8, 4 — 407-415 (1<sup>er</sup> février 1958).
- J. HUGUIER  
*L'appendicite.*  
Le concours médical — 29 mai 1954.
- LONGUET Y.L.  
Acad. Chir., 1957 — 423.
- MAZINGARBE, BERTILLON, JACQUELIN  
*Les manifestations pseudo-chirurgicales des porphyries.*  
Presse Méd., 1956 — 64 — n° 27 (4 avril 1956).
- Ph. MONOD-BROCA, P. TESTAS et M. HIRSCH  
*Le drainage des appendicites aiguës graves.*  
Acad. Chir., 1964 — n° 13-14 — p. 23. Séance du 29 avril 1964.
- Ph. MONOD-BROCA, TESTAS et A. PAJOT  
*A propos de 38 réinterventions précoces de chirurgie abdominale.*  
Acad. Chir., 1964 — n° 13-14 — pp. 379. Séance du 22 avril 1964.

LONGINO, HOLDER, CROSS

*Appendicitis in child hood.*

Pédiatries, 22 : 2, 238-246 — août 1958.

J. PERROTIN et P. SAOUT

*Sur la réintervention précoce en chirurgie abdominale en milieu hospitalier.*

Acad. Chir., 1964 — n° 28-29 — pp. 799. Séance du 4 novembre 1964.

REYMOND (J.C.)

*Les appendicites de siège anormal.*

Revue Prat. Tome VIII — n° 4 — pp. 377-378 — 1<sup>er</sup> février 1958.

KAZAFINDRAZAKA, RALANTOARITSIMBA et RAZAFINIMANANA Paul.

*Les surprises de la fosse iliaque droite.*

Revue Médicale de Madagascar — juin 1964.

M. SALMON

*L'appendicite aiguë moderne chez l'enfant.*

Marseille Médical — n° 5 — 1961.

J. VILLAR (Bordeaux)

*Les péritonites appendiculaires.*

Revue Prat. Tome VIII — n° 4 — 1<sup>er</sup> février 1958.