

Laparoscopic diagnosis and treatment of an acute epiploic appendagitis

Acute epiploic appendagitis is a rare inflammatory condition that results from torsion of an epiploic appendix with compromise of its blood supply or by venous thrombosis of its draining system [1]. The clinical signs of this entity condition are nonspecific. Although pain is acute in most cases and the symptoms depends on the localization of the appendage. It may simulate either a diverticulitis or an acute appendicitis [2]. The preoperative diagnosis is commonly made at abdominal CT-scan that showing an oval lesion less than 5 cm in diameter that has a same attenuation that a fat, and it is surrounded by inflammatory changes [3]. Radiologic findings could prevent unnecessary surgery using a conservative treatment with oral anti-inflammatory medication, and antibiotics [4]. Laparoscopy may allow an invasive diagnosis that can provide an accurate diagnosis and treatment.

Figure 1: A laparoscopic view showed an acute appendagitis.

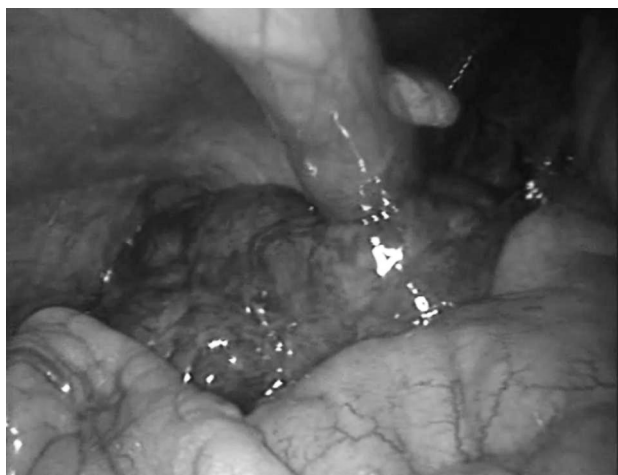


Figure 2: The pedicle of the appendagitis was clipped then sectioned.



Clinical Case

A 30-year-old male with no past medical history was admitted to our surgical department with abdominal pain and nausea for 2 days. It was sharp and acute in onset and maximum on the lower quadrant. The physical examination found a diffuse abdominal tenderness with no other physical findings. White blood cell count was 10000 / mm³, and the rest of the laboratory tests were within normal limits. Ultrasound examination of the abdomen was normal. An emergency diagnostic laparoscopic procedure was performed under general anesthesia with a diagnosis of an acute appendicitis. Per operative exploration found a 5 cm ischemic epiploic appendix of sigmoid. The pedicle was clipped than sectioned. The mass was retrieved by the left lower quadrant port. The postoperative course was uneventful.

Références

1. Aronsky D, Z'graggen, Banz M, Klaiber C. Abdominal fat tissue necrosis as a cause of acute abdominal pain. *Laparoscopic JLS* 2000;10:247-50.
2. Rao PM, Rhea JT, Witterberg J, Warshaw AL. Misdiagnosis of primary epiploic appendagitis. *Am J Surg* 1998;176:81-5.
3. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller PR. CT of acute appendagitis. *Am J Roentgenol* 2004;183:1303-7.
4. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: Clinical, US, and CT findings in 14 cases. *Radiology* 1994;191:523-6.

Amin Makni, Houcine Magherbi, Wael Rebai, Sameh Zghab, Zoubeir Ben Safta.
Departement of general surgery 'A'. La Rabta hospital, Jabbari 1007. Tunis.
Tunis El Manar University. Faculty of Medicine of Tunis

Macro géode d'hyperpression de la tête fémorale sur coxarthrose dysplasique

La macro géode unique d'hyperpression est une lésion rare [1, 2] qui pose surtout un problème de diagnostique étiologique. Nous rapportons une observation de macro géode unique d'hyperpression.

Observation :

Mlle Z.H. âgée de 20 ans, appendicectomisée en 1990, consulta pour des douleurs spontanées mécaniques de la hanche droite, évoluant depuis 3 ans. Un an auparavant, elle a présenté une aggravation progressive de la douleur réduisant le périmètre de marche à moins de 200 m. Cette patiente ne rapportait pas de fièvre ni d'amaigrissement. A l'examen la marche était normale, la station debout était stable, l'accroupissement était complet, mais le relèvement était douloureux du côté droit. La hanche droite était en flession de 10° et sa mobilité était cotée à 120/-10,45/ 30, 60/30. Les différents repères osseux de la hanche étaient indolores à la palpation. L'examen du rachis était normal. Le bilan biologique n'objectivait pas d'anomalies (VS =18 mm à la première heure, globules blancs = 6000/mm³). La radiographie standard révélait une volumineuse géode

épiphysaire sous-chondrale au niveau de la tête fémorale droite, mesurant 15 mm de grand axe. Cette géode était arrondie avec des limites nettes et une condensation périphérique. La coxométrie a objectivé une dysplasie cotyloïdienne droite. L'exploration par une IRM confirmait la géode céphalique droite ronde, en hyposignal T1, hypersignal T2 ne se rehaussant pas après injection de gadolinium. Cette géode présentait une condensation périphérique entourée d'un œdème osseux. Le diagnostic retenu était celui d'une coxarthrose dysplasique débutante droite avec lacune sous-chondrale probablement d'hyperpression. Une ostéotomie de Chiari droite a été pratiquée. Les suites opératoires étaient simples. A 4 ans de recul, l'évolution s'est faite vers l'amendement total des douleurs et sur le plan radiographique, un comblement subtotal de la géode.

Conclusion

Notre observation illustre la régression d'une macro géode d'hyperpression sous l'effet d'une redistribution des charges mécaniques sur la hanche par une ostéotomie de Chiari. La macrogéode d'hyperpression est une lésion rare, son diagnostic reste un diagnostic d'élimination après avoir écarté les autres étiologies inflammatoires et tumorales qui doivent être biopsiées au moindre doute. Le traitement consiste à diminuer les charges mécaniques exercées sur la tête fémorale.

Références :

1. Lequesne M, Lequesne M, Castaing N. Les géodes non arthrosiques de la tête fémorale. Géodes isolées et prédominantes. Rev Rhum Mal Osteoartic 1985 ; 52 : 237- 45.
- 2- Cohen AP, McWilliams TG. Giant geode (pseudo cyst) formation of the femoral neck in a case of osteoarthritis. Rheumatology 2000 ; 39 :443- 4.

Bouabdellah M*, Ammar A*, Tekaya. Rim **,Kamoun. S, Ezzaouia khalil*, Kooli Mondher*

**Service orthopédie- Traumatologie*

***Service Rhumatologie. Hôpital Charles Nicolle. Tunis*

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar