

La duplication appendiculaire : un nouveau cas

Appendiceal duplication: a new case

Wissem Triki, Ahmed Itaimi, Imed Abbassi, Oussama Baraket, Sami Bouchoucha

Service de chirurgie générale, CHU Habib Bougatfa, Bizerte, Tunisie.

RÉSUMÉ

Introduction: La duplication appendiculaire est une malformation rare, moins d'une centaine de cas ont été rapportés dans la littérature. Son diagnostic se fait souvent en peropératoire, chez un patient qui consulte pour un syndrome appendiculaire. Nous rapportons un cas d'une patiente qui a consulté pour un syndrome douloureux et fébrile de la fosse iliaque droite et chez qui on a découvert une duplication appendiculaire. Pour cela il est important de ne pas méconnaître cette malformation qui pourrait avoir des conséquences cliniques et médico-légales graves.

Mots-clés

Appendice, duplication; appendicite

SUMMARY

Duplication of the vermiform appendix is a rare malformation. Few than 100 cases have been reported worldwide. It is usually diagnosed incidentally during emergency appendectomies due to inflammatory processes in the cecal appendix. We report a case of a woman presented with clinical features typical of acute appendicitis and surgical exploration revealed a double appendix. The operating surgeon should be vigilant of these rare anomalies to avoid serious clinical and medico legal consequences.

Key-words

Appendix; Duplication; Appendicitis

La duplication appendiculaire est une malformation digestive rare, son incidence est de 0.004% [1]. Dans la littérature, une centaine d'anomalies appendiculaires ont été décrites. Généralement, cette anomalie reste asymptomatique, et sa découverte se fait en per opératoire ou en cas d'autopsie. Nous rapportons un nouveau cas de duplication appendiculaire découverte en per opératoire.

OBSERVATION

Une femme âgée de 35 ans, sans antécédents pathologiques, a consulté pour des douleurs de la fosse iliaque droite évoluant depuis trois jours. Elle n'a pas rapporté des signes urinaires ou gynécologiques associés. L'examen clinique a trouvé une température à 40°, TA : 120/80mmHg ; fréquence cardiaque à 110/min ; un état général conservé, et une défense au niveau de la fosse iliaque droite. Le toucher rectal a été douloureux à droite. A la biologie on a noté une hyperleucocytose à 18500 E/mm³ et une créatinémie à 62µmol/l. le reste du bilan biologique a été normal. Le diagnostic d'une appendicite compliquée a été retenu et on a décidé d'intervenir par voie coelioscopique. L'exploration préopératoire a trouvé une péritonite localisée en rapport avec deux appendices phlegmoneux, liés par une base commune (figure.1). La patiente a eu une appendicectomie avec une toilette péritonéale. L'examen anatomopathologique a confirmé l'aspect dupliqué et phlegmoneux de l'appendice.

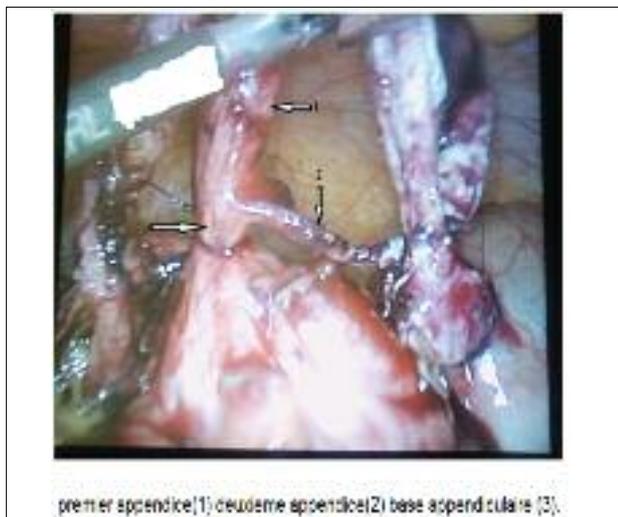


Figure 1 : Courbe ROC des phosphatases alcalines

DISCUSSION

Le premier cas de duplication appendiculaire a été décrit par Picoli en 1892 [2]. Depuis cette date, moins d'une centaine de cas ont été

rapportés dans la littérature [3]. Sur le plan embryologique la duplication résulte de l'absence d'involution d'une ébauche appendiculaire après la 8ème semaine de gestation. Selon la définition de Ladd et Gross, elles correspondent, comme toute duplication digestive, à des formations sphériques ou tubulaires ayant un contact étroit avec le tube digestif normal, communiquant ou non avec la lumière intestinale et possédant une musculature faite de deux couches musculaires lisses et une muqueuse digestive [4]. Basé sur la localisation appendiculaire, Cave a proposé, en 1936, la première classification qui a été modifiée par Walbridge en 1962. Elle comporte trois types de malformation appendiculaire. Le type A est caractérisé par une duplication appendiculaire complète ou partielle avec une base commune. Le type B est le plus fréquent et se voit dans 60% des cas, il comporte deux sous groupes. Le type B1 : les deux appendices sont disposés symétriquement par rapport à la valvule de Bauhin et type B2 : le premier appendice est dans sa position habituelle, l'autre est localisé sur une bandelette colique à une distance variable du premier. Le type C correspond à une duplication caecale sur chacun se fixe un appendice. Notre observation correspond au type A dans sa forme tubulaire. D'autres types de malformations ont été rapportées dans la littérature, telles que un triple appendice ou un appendice en fer à cheval [5]. Les malformations appendiculaires sont souvent asymptomatiques et leurs découvertes se font en per opératoires ce qui est le cas pour notre patiente. Les types B et C seraient fréquemment associées à des malformations génito-urinaires, digestives ou vertébrales [6]. Pour cela une enquête est recommandée pour ne pas méconnaître ces malformations. Le diagnostic de duplication appendiculaire est généralement porté lors d'une intervention pour douleur de la fosse iliaque droite comme le cas de notre patiente. La confirmation de la duplication reste histologique.

CONCLUSION

Le diagnostic de duplication appendiculaire ne doit pas être méconnu par le chirurgien. Il doit être évoqué devant toute douleur de la fosse iliaque droite surtout chez un sujet appendicectomisé. L'exploration complète du caecum lors d'une appendicectomie est indispensable, afin d'éviter des conséquences médicales néfastes.

Références

1. Collins D. A study of 50,000 specimens of the human vermiform appendix. *Surgical Gynecological Obstetrics*. 1955;101:437-446.
2. A Marshall, N. Issar, M. Blakely .Appendiceal duplication in children presenting as an appendiceal tumor and as recurrent intussusceptions *J Pediatr Surg*, 48 (2013), pp. E9 -E12
3. J.Alves, I. De Oliveira, P. Vieira Appendicitis in double cecal appendix: A case report *World J Clin Cases*, 2 (8) (2014), pp. 391-394
4. Ladd WE, Gross RE. Surgical treatment of duplications of the alimentary tract, enterogenous cysts, enteric cysts, or ileumduplex. *Surg Gynecol Obstet* 1940 ; 70 : 295-307.
5. Tinckler LF. Triple appendixvermiformis--a unique case. *Br J Surg* 1968; 55: 79-81.
6. Kothari AA, Yagnik KR, Hathila VP. Duplication of vermiform appendix. *J Postgrad Med*. 2004; 50:285-6.