

LA MUCOCELE APPENDICULAIRE : UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AUQUEL IL FAUT PENSER

LN KOUADIO*, K. KOUADIO**, T.H TURQUIN***

RESUME

Les auteurs rapportent un cas de mucocèle appendiculaire bénin chez un patient de 44 ans. Le tableau clinique était celui d'un syndrome pseudo-tumoral de la fosse iliaque droite faisant égarer le diagnostic vers un plastron appendiculaire. Une appendicectomie simple a été réalisée sans complication un an après. La revue de la littérature donne l'occasion d'étudier sa physiopathologie, les signes échographiques et tomo-densitométriques pouvant conduire à un diagnostic précoce.

Mots-clés : plastron appendiculaire, mucocèle appendiculaire, cystadénocarcinome appendiculaire.

INTRODUCTION

La mucocèle appendiculaire (M.A.) est une affection rare dans le monde, représentant seulement 0,3 % des pièces d'appendicectomie en France selon BARTHOD et al. (2). En Côte d'Ivoire où les syndromes appendiculaires arrivent au premier rang des urgences chirurgicales abdominales, aucun cas n'a été rapporté. Cette pathologie pose en fait un double problème : celui de son diagnostic différentiel avec une appendicite aiguë ou avec un kyste ovarien chez la femme ou encore avec un plastron appendiculaire, et surtout celui de sa transformation maligne en cystadénocarcinome mucineux (4). Nous rapportons un cas observé dans le service de Chirurgie Générale et Digestive I du CHU de Treichville à Abidjan. Notre objectif est de montrer les éventuelles particularités cliniques de cette affection dans notre pratique où près de la moitié des pièces d'appendicectomie est égarée ou non analysée par l'anatomopathologiste. Une revue de la littérature nous permettra d'étudier sa physiopathologie et d'en exposer les principaux signes échographiques et tomo-densitométriques.

OBSERVATION

Monsieur K.N. patient de 44 ans a consulté le 25/11/97

* Interne des Hôpitaux d'Abidjan

** Assistant-chef de Clinique.

*** Professeur Agrégé, Chef de Service.

pour des douleurs de la fosse iliaque droite évoluant depuis un mois avec des nausées sans troubles du transit ni fièvre. Il présentait comme seul antécédent une hémorroïdectomie en 1981. L'examen clinique a mis en évidence une masse de la fosse iliaque droite, ferme sensible, aux contours imprécis, plongeant dans le pelvis ; le toucher rectal n'a pas perçu cette masse et l'ampoule rectale était vide. Au plan paraclinique, la numération formule sanguine a montré une leucopénie modérée à 35 00 globules blancs par millimètre cube ; la vitesse de sédimentation était normale tandis que l'échographie abdominale évoquait une masse d'allure digestive sensible au bout de la sonde, hétérogène, indépendante du psoas droit et de la vessie, mesurant 116 mm de long sur 53 mm de diamètre, faisant penser à un processus infectieux chronique de l'appendice. Un lavement baryté demandé pour éliminer une tumeur du bas-fond cœcal n'a pu être fait par faute de moyens financiers. Le 17/01/98 le malade a été reçu en urgence pour exacerbation de la douleur avec vomissements et l'examen clinique a mis en évidence un syndrome de masse douloureuse de la fosse iliaque droite. La laparotomie médiane sous-ombilicale réalisée en urgence a permis de découvrir une masse oblongue bien limitée, mesurant 12 cm de long sur 5 cm de diamètre aux dépens de l'appendice, avec une base saine permettant une appendicectomie sans difficulté devant l'intégrité la paroi de la M.A., le reste de l'abdomen étant propre. Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti à J3 post-opératoire. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à une M.A. sans foyer de dégénérescence maligne. Le patient a été revu à 6 mois puis à un an sans signe patent de récidive loco-régionale.

COMMENTAIRES

Au plan physiopathologique

La classification des M.A. en 2 groupes :

- M.A. bénignes, secondaires à une obstruction de la lumière appendiculaire et,
- les M.A. liées à un adénocarcinome muco-sécrétant a été à la base de 2 théories (1, 2, 3, 5, 7) :

Service de Chirurgie Générale et Digestive I du CHU de Côte d'Ivoire, Treichville, BP V3, Abidjan.

Théorie obstructive : les M.A. sont dues à une accumulation de mucus en amont d'une sténose de la lumière appendiculaire. Histologiquement, en réponse à l'obstruction, la muqueuse devient hyperplasique et hyper-sécrétante. Des changements dégénératifs progressifs surviennent avec apparition de cellules cuboïdes. La paroi appendiculaire devient atrophique et peut être remplacée ultérieurement par du tissu conjonctif. Si une perforation survient, une effusion de mucus s'écoule autour de l'appendice.

Théorie néoplasique : la tumeur est responsable d'une hypersécrétion de mucus qui s'accumule dans la lumière appendiculaire. Ces tumeurs muco-sécrétantes se divisent en 3 groupes :

- *hyperplasie muqueuse* : l'appendice est normal ou légèrement dilaté avec une muqueuse amincie. Histologiquement les lésions sont limitées à la muqueuse et arrangées en structures papillaires fines sans atypies ni mitoses,
- *cystadénomes mucineux* : l'appendice est dilaté par le mucus et la lumière est tapissée par un épithélium muco-sécrétant unistratifié. Des formations papillaires peuvent exister, mais l'épithélium est habituellement plat. Certains degrés de dysplasie peuvent être retrouvés associées à des atypies ou des mitoses,
- *cystadénocarcinome mucineux* : macroscopiquement, les lésions ne sont pas différentes de celles des cystadénomes mucineux. Un haut degré d'atypies cellulaires et de mitoses n'est pas suffisant pour établir le diagnostic de malignité et 2 autres critères sont nécessaires : l'envahissement conjonctif par les cellules néoplasiques et la présence de cellules néoplasiques dans l'épanchement muqueux intra-péritonéal.

Au plan clinique et diagnostique

Bien qu'il s'agisse d'un homme dans cette observation la M.A. ou tumeur muco-sécrétante de l'appendice est l'apanage des femmes d'âge moyen de 55 ans. Elle pose ainsi le problème de son diagnostic différentiel avec les tumeurs de l'ovaire (1, 3, 5). La symptomatologie en est variée, dominée par la douleur de la fosse iliaque droite (64 %) évo-

quant lorsqu'elle s'accompagne de signes infectieux un syndrome appendiculaire (2,4,5). Le diagnostic en est alors per opératoire. Dans notre cas, il s'agit d'une forme pseudo-tumorale fébrile. Cette forme est révélatrice de la M.A. dans 18 à 32 % des cas dans les séries occidentales (1, 5). Quelle que soit la circonstance de découverte l'échographie et le scanner sont les 2 explorations pouvant aider à poser le diagnostic étiologique (1, 3, 7). KANN et FRIEDMAN cités par ALEXANDRE (1) rapportent un cas où la combinaison de ces 2 examens a permis de poser le diagnostic avant l'intervention. Il importe donc de savoir les principaux signes échographiques et tomodensitométriques car nous disposons de ces 2 examens dans notre pratique. L'échographie met en évidence une masse kystique de la fosse iliaque droite à contenu plus ou moins hypo-échogène. Le scanner montre une masse paracœcale de densité hydrique ou tissulaire à parois épaisses parfois calcifiées (6, 7).

Au plan thérapeutique

Notre traitement a consisté en une appendicectomie sans récidive après un an de suivi. Tous les auteurs (1-5) s'accordent pour penser qu'une appendicectomie suffit en l'absence de lésion maligne. En cas de lésion maligne, l'hémicolectomie d'emblée en cas d'examen extemporané, ou secondaire après le diagnostic histologique définitif certain est le traitement de choix. Cela impose l'examen systématique de toute pièce d'appendicectomie dans notre pratique où cet examen est réalisable avec sûreté. En effet, le diagnostic peut être fait en dernier recours lors de l'examen anatomo-pathologique (6).

CONCLUSION

Premièrement, la découverte ou la persistance d'une masse de la fosse iliaque droite doit faire évoquer entre autres diagnostics celui de M.A. et imposer la réalisation d'une échographie et ou d'un scanner dont une meilleure connaissance des signes doit permettre un diagnostic précoce. Deuxièmement, toute pièce d'appendicectomie devra dorénavant faire l'objet d'un examen anatomo-pathologique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALEXANDRE J.H., BILLBAUD Th., MOLKHOU J.M., GUETTIER C. Les tumeurs mucosécrétantes de l'appendice. Trois observations. La Presse Médicale 1984, 13 (43) : 2625-2633.
- 2 - BARTHOD E., FARAH A., HUTIN E., BERGEMER A.M. Mucocele appendiculaire géant. Chirurgie 1993-1994, 119 : 165-189.
- 3 - ETIENNE J.C., OBERLIN P., BERGUE A., FELSENHELD C., HILLION Y., FINGER HUT A. Tumeurs mucosécrétantes bénignes de l'appendice. Six observations. Ann. Chir. 1991, 45 (7) : 577-583.
- 4 - GODLEWSKI G., N'GUEN TRO A., KERTESZ P., JOUJOU J.M. Cystadénocarcinome mucineux de l'appendice. Chirurgie 1991, 117 : 113-118.
- 5 - LEGER L., PREMONT M., DELATRE B., CHICHE B., LOUVEL A. Mucoèles appendiculaires. A propos de 9 cas. J. Chir. 1973, 106 : 413-424.
- 6 - SCOTTÉ M., LAQUERRIÈRE A., RIFF Y., MAJERUS B., MANOUVRIER B., LEBLANC J.L., MICHOT F., HÉMET J., TÉNIÈRE P. Les mucoèles appendiculaires. Physiopathologie et implications thérapeutiques. J. Chir. 1994, 131, (6-7) 303-312.
- 7 - SKANNE P., RUUD T., HAFFNER J. Ultrasonographic features of mucocele of the appendix. J. Clin- Ultrasound 1988, 16 : 584-587.

