

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2014

THESE N°: 175

**APPENDAGITE EPIPLOIQUE PRIMITIVE  
A PROPOS D'UN CAS, ET REVUE DE LA LITTERATURE**

**THÈSE**

*Présentée et soutenue publiquement le : .....*

**PAR**

**Mr. Mustapha LOUTFI**

*Né le 12 Octobre 1988 à Ouezzane*

*Médecin Interne du CHU Ibn Sina Rabat*

**Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine**

**MOTS CLES:** Appendagite – Douleur abdominale – TDM – Traitement médical.

**JURY**

**Mme. H. CHAHED OUAZZANI**

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

**Mme. N. KABBAGE**

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

**Mme. N. BENZZOUBEIR**

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

**Mr. I. NASSER**

Professeur de Radiologie

**PRESIDENT &  
RAPPORTEUR**

**JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

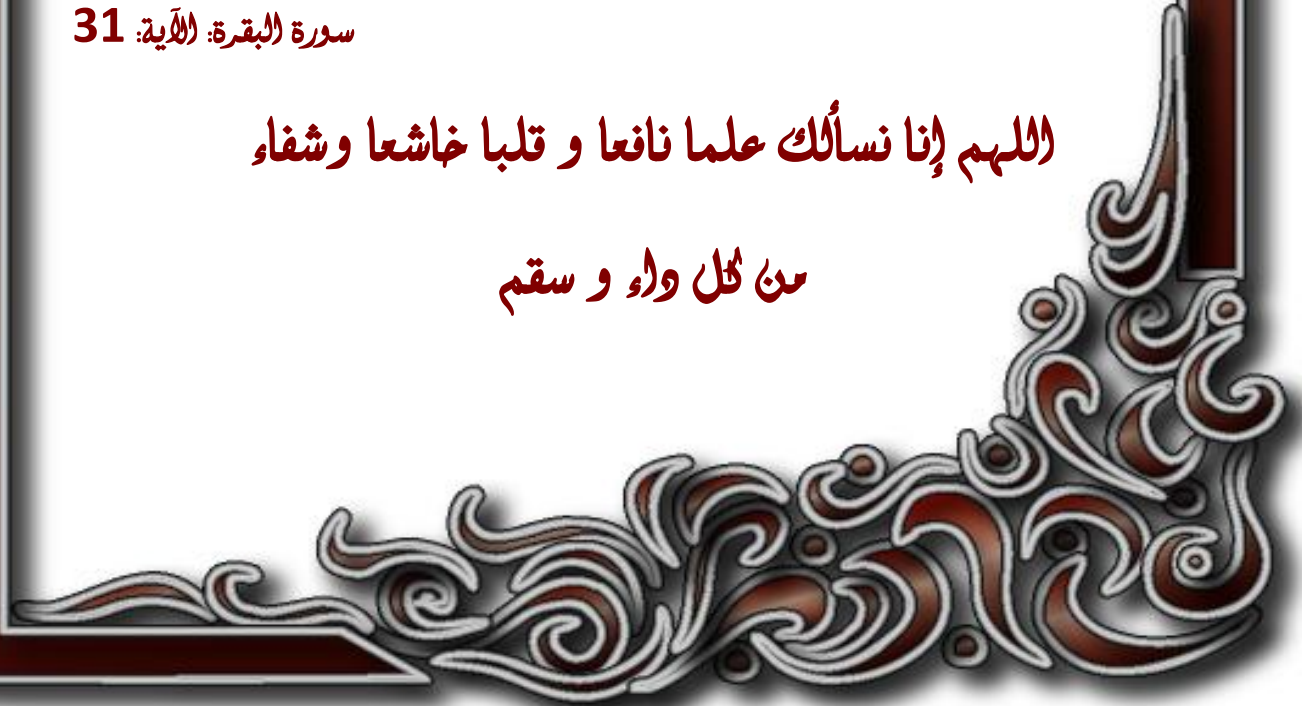
سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا  
إنك أنت العليم الحكيم

اللهم  
صلى الله  
عليه  
والآل  
الطيبين

سورة البقرة: الآية: 31

اللهم إنا نسألك علما نافعا و قلبا خاشعا و شفاء

من كل واء و سقم





**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI  
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

**ADMINISTRATION :**

**Doyen** : Professeur Mohamed ADNAOUI  
**Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS  
ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Mai et Octobre 1981**

|                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| Pr. TAOBANE Hamid*       | Chirurgie Thoracique        |

**Mai et Novembre 1982**

|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
|-------------------------|----------------------|

**Novembre 1983**

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI | Rhumatologie |
|-------------------------------|--------------|

**Décembre 1984**

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| Pr. MAAOUNI Abdelaziz    | Médecine Interne        |
| Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| Pr. SETTAF Abdellatif    | Chirurgie               |

**Novembre et Décembre 1985**

|                                       |                         |
|---------------------------------------|-------------------------|
| Pr. BENJELLOUN Halima                 | Cardiologie             |
| Pr. BENSALID Younes                   | Pathologie Chirurgicale |
| Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie              |



### Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali  
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria  
Pr. EL YAACOUBI Moradh  
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah  
Pr. LACHKAR Hassan  
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Neurologie

### Décembre 1988

Pr. BENIAMAMOUCCI Mohamed Najib  
Pr. DAFIRI Rachida  
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique  
Radiologie  
Traumatologie Orthopédie

### Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali\*  
Pr. CHAD Bouziane  
Pr. CHKOFF Rachid  
Pr. HACHIM Mohammed\*  
Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. MANSOURI Fatima  
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda  
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne  
Cardiologie  
Pathologie Chirurgicale  
Pathologie Chirurgicale  
Médecine-Interne  
Gynécologie -Obstétrique  
Anatomie-Pathologique  
Neurologie  
Anesthésie Réanimation

### Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENABDELLAH Chahrazad  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOUA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZZAD Rachid  
Pr. CHABRAOUI Layachi  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. JANATI Idrissi Mohamed\*  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULA YMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Hématologie  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Biochimie et Chimie  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Pharmacologie  
Chimie thérapeutique

### Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOUA Adil  
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. DAOUDI Rajae  
Pr. DEHA YNI Mohamed\*  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie



Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. OUZZANI Taibi Med Charaf Eddine  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

#### **Mars 1994**

Pr. BENJAAFAR Noureddine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid  
Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. EL AOUAD Rajae  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed  
Pr. EL HASSANI My Rachid  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTA YEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. MOUDENE Ahmed\*  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

#### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BRAHMI Rida Slimane  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. EL ABBADI Najia  
Pr. HANINE Ahmed\*  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

#### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbes

Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Gynécologie Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Gynécologie Obstétrique  
Immunologie  
Traumato-Orthopédie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Traumatologie- Orthopédie  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie  
Ophtalmologie  
Neurochirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale



Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. MANSOURI Aziz\*  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie  
Urologie  
Radiothérapie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

#### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. MOHAMMADI Mohamed  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

#### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. CHAOUIR Souad\*  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Noureddine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. OUAHABI Hamid\*  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Radiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Neurologie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

#### **Novembre 1998**

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. EZZAITOUNI Fatima  
Pr. LAZRAK Khalid \*  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*  
Pr. LABRAIMI Ahmed\*

Gastro-Entérologie  
Neurologie  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Néphrologie  
Traumatologie Orthopédie  
Hématologie  
Cardiologie  
Anatomie Pathologique

#### **Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie



Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. EL OTMANY Azzedine  
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim  
Pr. ISMAILI Hassane\*  
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

### **Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AIT OURHROUI Mohamed  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. HSSAIDA Rachid\*  
Pr. LAHLOU Abdou  
Pr. MAFTAH Mohamed\*  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. NASSIH Mohamed\*  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

Neurologie  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Neurochirurgie  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
Neurologie

### **Décembre 2000**

Pr. ZOHAIR ABDELAH\*

ORL

### **Décembre 2001**

Pr. ABABOU Adil  
Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BELMEKKI Mohammed  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOUCHEF Thami  
Pr. BENYOUSSEF Khalil  
Pr. BERRADA Rachid  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*

Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Ophtalmologie  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Dermatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale



Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
 Pr. EL HIJRI Ahmed  
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
 Pr. EL MADHI Tarik  
 Pr. EL MOUSSAIF Hamid  
 Pr. EL OUNANI Mohamed  
 Pr. ETTAIR Said  
 Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
 Pr. GOURINDA Hassan  
 Pr. HRORA Abdelmalek  
 Pr. KABBAJ Saad  
 Pr. KABIRI EL Hassane\*  
 Pr. LAMRANI Moulay Omar  
 Pr. LEKEHAL Brahim  
 Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
 Pr. MEDARHRI Jalil  
 Pr. MIKDAME Mohammed\*  
 Pr. MOHSINE Raouf  
 Pr. NOUINI Yassine  
 Pr. SABBAAH Farid  
 Pr. SEFIANI Yasser  
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Radiologie  
 Anesthésie-Réanimation  
 Neuro-Chirurgie  
 Chirurgie-Pédiatrique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Neuro-Chirurgie  
 Chirurgie-Pédiatrique  
 Chirurgie Générale  
 Anesthésie-Réanimation  
 Chirurgie Thoracique  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Médecine Interne  
 Chirurgie Générale  
 Hématologie Clinique  
 Chirurgie Générale  
 Urologie  
 Chirurgie Générale  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Pédiatrie

### **Décembre 2002**

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
 Pr. AMEUR Ahmed \*  
 Pr. AMRI Rachida  
 Pr. AOURARH Aziz\*  
 Pr. BAMOU Youssef \*  
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
 Pr. BENZEKRI Laila  
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
 Pr. BERNOUSSI Zakiya  
 Pr. BICHA Mohamed Zakariya\*  
 Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
 Pr. CHKIRA TE Bouchra  
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
 Pr. EL BARNOUSSI Leila  
 Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
 Pr. EL MANSARI Omar\*  
 Pr. ES-SADEL Abdelhamid  
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
 Pr. HADDOUR Leila  
 Pr. HAJJI Zakia  
 Pr. IKEN Ali  
 Pr. ISMAEL Farid  
 Pr. JAAFAR Abdeloiihab\*  
 Pr. KRIOUILE Yamina  
 Pr. LAGHMARI Mina  
 Pr. MABROUK Hfid\*  
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid\*

Anatomie Pathologique  
 Urologie  
 Cardiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Biochimie-Chimie  
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
 Dermatologie  
 Gastro-Entérologie  
 Anatomie Pathologique  
 Psychiatrie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Gynécologie Obstétrique  
 Dermatologie  
 Chirurgie Générale  
 Chirurgie Générale  
 Gynécologie Obstétrique  
 Cardiologie  
 Ophtalmologie  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Pédiatrie  
 Ophtalmologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Cardiologie



Pr. NAITLHO Abdelhamid\*  
Pr. OUJILAL Abdelilah  
Pr. RACHID Khalid \*  
Pr. RAISS Mohamed  
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
Pr. RHOU Hakima  
Pr. SIAH Samir \*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

**Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHABOUZE Samira  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. LEZREK Mohammed\*  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

**Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENHALIMA Hanane  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila

Médecine Interne  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Néphrologie  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

Ophthalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Gynécologie Obstétrique  
Traumatologie Orthopédie  
Urologie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Rhumatologie  
Ophthalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Pédiatrie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale  
Cardiologie  
Ophthalmologie  
Ophthalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie  
Pédiatrie

(mise en disposition)



Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

**Décembre 2005**

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

**Avril 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Said\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. ESSAMRI Wafaa  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. GHADOUANE Mohammed\*  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio – Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Gastro-entérologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Urologie  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo – Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo – Phtisiologie

**Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
Pr. AMHAJJI Larbi\*  
Pr. AMMAR Haddou\*

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie cardio vasculaire  
Traumatologie orthopédie  
ORL



Pr. AOUI Sarra  
 Pr. BAITE Abdelouahed\*  
 Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
 Pr. BENZIANE Hamid\*  
 Pr. BOUTIMZIANE Nourdine  
 Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
 Pr. ELABSI Mohamed  
 Pr. EL BEKKALI Youssef\*  
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 Pr. EL OMARI Fatima  
 Pr. GANA Rachid  
 Pr. GHARIB Nouredine  
 Pr. HADADI Khalid\*  
 Pr. ICHOU Mohamed\*  
 Pr. ISMAILI Nadia  
 Pr. KEBDANI Tayeb  
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
 Pr. LOUZI Lhoussain\*  
 Pr. MADANI Naoufel  
 Pr. MAHI Mohamed\*  
 Pr. MARC Karima  
 Pr. MASRAR Azlarab  
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid  
 Pr. MOUTAJ Redouane \*  
 Pr. MRABET Mustapha\*  
 Pr. MRANI Saad\*  
 Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 Pr. RABHI Monsef\*  
 Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
 Pr. SEFFAR Myriame  
 Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
 Pr. SIFAT Hassan\*  
 Pr. TABERKANET Mustafa\*  
 Pr. TACHFOUTI Samira  
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 Pr. TANANE Mansour\*  
 Pr. TLIGUI Houssain  
 Pr. TOUATI Zakia

### **Décembre 2007**

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

### **Décembre 2008**

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
 Pr TAHIRI My El Hassan \*

Parasitologie  
 Anesthésie réanimation  
 Biochimie-chimie  
 Pharmacie clinique  
 Ophtalmologie  
 Pharmacie galénique  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie cardio vasculaire  
 Anesthésie réanimation  
 Psychiatrie  
 Neuro chirurgie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Radiothérapie  
 Oncologie médicale  
 Dermatologie  
 Radiothérapie  
 Anesthésie réanimation  
 Microbiologie  
 Réanimation médicale  
 Radiologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Hématologique  
 Anesthésier réanimation  
 Parasitologie  
 Médecine préventive santé publique et hygiène  
 Virologie  
 Biochimie-chimie  
 Médecine interne  
 Radiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Radiothérapie  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale



## **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
Pr. AGDR Aomar\*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
Pr. AKHADDAR Ali\*  
Pr. ALLALI Nazik  
Pr. AMAHZOUNE Brahim\*  
Pr. AMINE Bouchra  
Pr. ARKHA Yassir  
Pr. AZENDOUR Hicham\*  
Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
Pr. BJIJOU Younes  
Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
Pr. BOUI Mohammed\*  
Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
Pr. CHAKOUR Mohammed\*  
Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
Pr. DOGHMI Kamal\*  
Pr. EL MALKI Hadj Omar  
Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
Pr. ENNIBI Khalid\*  
Pr. FATHI Khalid  
Pr. HASSIKOU Hasna\*  
Pr. KABBAJ Nawal  
Pr. KABIRI Meryem  
Pr. KADI Said\*  
Pr. KARBOUBI Lamya  
Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
Pr. MARMADÉ Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha\*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani\*  
Pr. ZOUHAIR Said\*

Médecine interne  
Pédiatre  
Chirurgie Générale  
Neurologie  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Rhumatologie  
Neuro-chirurgie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie orthopédique  
Hématologie biologique  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Traumatologie orthopédique  
Pédiatrie  
Microbiologie  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-phtisiologie  
Microbiologie

## **PROFESSEURS AGREGES :**

### **Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. BOUAITY Brahim\*  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*

Anesthésie réanimation  
Médecine interne  
Physiologie  
ORL  
Microbiologie  
Médecine aéronautique



Pr. DAMI Abdellah\*  
 Pr. DARBI Abdellatif\*  
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
 Pr. EL HAFIDI Naima  
 Pr. EL KHARRAS Abdemasser\*  
 Pr. EL MAZOUZ Samir  
 Pr. EL SAYEGH Hachem  
 Pr. ERRABIH Ikram  
 Pr. LAMALMI Najat  
 Pr. LEZREK Mounir  
 Pr. MALIH Mohamed\*  
 Pr. MOSADIK Ahlam  
 Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
 Pr. NAZIH Mouna\*  
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Biochimie chimie  
 Radiologie  
 Chirurgie pédiatrique  
 Pédiatrie  
 Radiologie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Urologie  
 Gastro entérologie  
 Anatomie pathologique  
 Ophtalmologie  
 Pédiatrie  
 Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie générale  
 Hématologie  
 Anatomie pathologique

### **Mai 2012**

Pr. AMRANI Abdelouahed  
 Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
 Pr. BELAIZI Mohamed\*  
 Pr. BENCHEBBA Drissi\*  
 Pr. DRISSI Mohamed\*  
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
 Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
 Pr. ER-RAJI Mounir  
 Pr. JAHID Ahmed  
 Pr. MEHSSANI Jamal\*  
 Pr. RAISSOUNI Maha\*

Chirurgie Pédiatrique  
 Anesthésie Réanimation  
 Psychiatrie  
 Traumatologie Orthopédique  
 Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale  
 Médecine Interne  
 Pneumophtisiologie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Anatomie pathologique  
 Psychiatrie  
 Cardiologie

### **Février 2013**

Pr. AHID Samir  
 Pr. AIT EL CADI Mina  
 Pr. AMRANI HANCHI Laila  
 Pr. AMOUR Mourad  
 Pr. AWAB Almahdi  
 Pr. BELAYACHI Jihane  
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
 Pr. BENCHEKROUN Laila  
 Pr. BENKIRANE Souad  
 Pr. BENNANA Ahmed\*  
 Pr. BENSEFFAJ Nadia  
 Pr. BENSghir Mustapha\*  
 Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
 Pr. BOUATIA Mustapha  
 Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
 Pr. CHAIB Ali\*  
 Pr. DENDANE Tarek  
 Pr. DINI Nouzha\*  
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali

Pharmacologie – Chimie  
 Toxicologie  
 Gastro-ENTÉROLOGIE  
 Anesthésie Réanimation  
 Anesthésie Réanimation  
 Réanimation Médicale  
 Anesthésie Réanimation  
 Biochimie-Chimie  
 Hématologie  
 Informatique Pharmaceutique  
 Immunologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Néphrologie  
 Chimie Analytique  
 Traumatologie Orthopédie  
 Anatomie  
 Cardiologie  
 Réanimation Médicale  
 Pédiatrie  
 Anesthésie Réanimation



Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare  
Pr. EL HARTI Jaouad  
Pr. EL JOUDI Rachid\*  
Pr. EL KABABRI Maria  
Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
Pr. EL KHLOUFI Samir  
Pr. EL KORAICHI Alae  
Pr. EN-NOUALI Hassane\*  
Pr. ERRGUIG Laila  
Pr. FIKRI Meryim  
Pr. GHANIMI Zineb  
Pr. GHFIR Imade  
Pr. IMANE Zineb  
Pr. IRAQI Hind  
Pr. KABBABJ Hakima  
Pr. KADIRI Mohamed\*  
Pr. LATIB Rachida  
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra  
Pr. MEDDAH Bouchra  
Pr. MELHAOUI Adyl  
Pr. MRABTI Hind  
Pr. NEJJARI Rachid  
Pr. OUKABLI Mohamed\*  
Pr. RAHALI Younes  
Pr. RATBI Ilham  
Pr. RAHMANI Mounia  
Pr. REDA Karim\*  
Pr. REGRAGUI Wafa  
Pr. RKAIN Hanan  
Pr. ROSTOM Samira  
Pr. ROUAS Lamiaa  
Pr. ROUIBAA Fedoua\*  
Pr. SALIHOUN Mouna  
Pr. SAYAH Rochde  
Pr. SEDDIK Hassan\*  
Pr. ZERHOUNI Hicham  
Pr. ZINE Ali\*

Radiologie  
Neuro-Chirurgie  
Chimie Thérapeutique  
Toxicologie  
Pédiatrie  
Anatomie Pathologie  
Anatomie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Physiologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Nucléaire  
Pédiatrie  
Endocrinologie et maladies métaboliques  
Microbiologie  
Psychiatrie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Pharmacologie  
Neuro-chirurgie  
Oncologie Médicale  
Pharmacognosie  
Anatomie Pathologique  
Pharmacie Galénique  
Génétique  
Neurologie  
Ophtalmologie  
Neurologie  
Physiologie  
Rhumatologie  
Anatomie Pathologique  
Gastro-Entérologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Traumatologie Orthopédie

### **Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim\*  
Pr. GHOUNDALE Omar\*  
Pr. ZYANI Mohammad\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Urologie  
Médecine Interne

**\*Enseignants Militaires**



## 2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

### PROFESSEURS / PRs. HABILITES

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Pr. ABOUDRAR Saadia              | Physiologie                            |
| Pr. ALAMI OUHABI Naima           | Biochimie                              |
| Pr. ALAOUI KATIM                 | Pharmacologie                          |
| Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma   | Histologie-Embryologie                 |
| Pr. ANSAR M'hammed               | Chimie Organique et Pharmacie Chimique |
| Pr. BOUHOUCHE Ahmed              | Génétique Humaine                      |
| Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz          | Applications Pharmaceutiques           |
| Pr. BOURJOUANE Mohamed           | Microbiologie                          |
| Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia | Biochimie                              |
| Pr. DAKKA Taoufiq                | Physiologie                            |
| Pr. DRAOUI Mustapha              | Chimie Analytique                      |
| Pr. EL GUESSABI Lahcen           | Pharmacognosie                         |
| Pr. ETTAIB Abdelkader            | Zootéchnie                             |
| Pr. FAOUZI Moulay El Abbès       | Pharmacologie                          |
| Pr. HAMZAOUI Laila               | Biophysique                            |
| Pr. HMAMOUCHE Mohamed            | Chimie Organique                       |
| Pr. IBRAHIMI Azeddine            | Biotechnologie                         |
| Pr. KHANFRI Jamal Eddine         | Biologie                               |
| Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med   | Chimie Organique                       |
| Pr. REDHA Ahlam                  | Biochimie                              |
| Pr. TOUATI Driss                 | Pharmacognosie                         |
| Pr. ZAHIDI Ahmed                 | Pharmacologie                          |
| Pr. ZELLOU Amina                 | Chimie Organique                       |

*Mise à jour le 13/02/2014 par le  
Service des Ressources Humaines*





# *Dédicaces*

## *A mes chers parents*

*Mon très cher père, Loutfi Mohammed, je vous remercie pour votre amour, pour m'avoir accompagné depuis ma naissance, pour m'avoir toujours soutenu sans limites. Merci pour vos sacrifices, pour vos prières. Merci pour tout.....*

*Ma très chère mère, Loutfi Khadija, je vous remercie pour votre grand amour, pour votre dévouement infini, pour avoir pris soin de moi depuis toujours. Merci pour m'avoir soutenu dans les moments les plus difficiles, et pour m'avoir encouragé sans cesse.....*

*J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.*

*Que DIEU vous garde en bonne santé, et vous prête une longue  
vie,*

*Que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos  
enfants.*

*A mes frères et sœur*

*Ma sœur Mahassine, la gentille, l'affectueuse, je te dédie ce travail en témoignage de mon grand amour.*

*Mes frères Fouad, et Zakaria, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une longue vie de bonheur et de réussite.*

*Ma défunte tante Taj Latifa, ta mémoire restera gravée à jamais dans nos cœurs.*

*Mes oncles : Abderrahim, Abdessamad, Abdelghani, Nouredine, Abdelhamid, , Abdellatif*

*A toute ma famille ;*

*Mes grands parents,*

*Mes tantes, mes oncles,*

*Mes cousins et cousines,*

*Je vous dédie ce modeste travail et vous souhaite beaucoup de bonheur.*

## *A mes ami(e)s*

*Mohammed.Z, Alae.T, Mustapha.G, Taib.B, Abdelilah.A, Dris.J,  
Arafa.Z, Batal.M, Achraf.M, Mehdi.O, Omar.L, Oussama.Z,  
Kamal.M, Hicham.B, Omar.A, Hatim.B, Mehdi.Z.....*

*Hicham.B, Hanane.D, Aicha.B, Insaf.A, Chaimae.N, Maryam.E,  
Rim.E, Khawla.B, Asma.B, Siham.E, Oumama.B, Fatine.O, Aziz.B,  
Ilham.A, Ossama.K.....*

*Merci d'être toujours à mes côtés, merci pour les souvenirs.*

## *A ma famille adoptive*

*A laquelle j'y crois beaucoup*

*Celle des médecins internes*

*C'est une grande fierté pour moi d'être parmi vous.*

*Et je vous remercie pour la confiance dont vous m'avez fait part.*

*A la promotion d'internat 2012*

*A tous les internes du CHU IBN SINA de Rabat*

*Aux équipes de Médecine B, et des EFD-HGE*

*Je suis très reconnaissant pour leur amour, leur aide et leur*

*Encouragement*

*A tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.*

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce*

*Travail.*



*Remerciements*

*A mon Maitre, rapporteur et Président de thèse*

*Madame Le Professeur CHAHED OUAZZANI HOURIA*

*Professeur d'hépto-Gastroentérologie*

*Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant  
la présidence de mon jury de thèse, et de diriger ce travail.*

*Vous m'avez accueilli avec bonté et gentillesse.*

*durant ma formation, j'ai eu le privilège de bénéficier de la richesse  
de votre enseignement et de vos connaissances.*

*Vous n'avez jamais hésité à me réserver une large part de votre temps  
pour me diriger et me conseiller dans l'élaboration de ce travail. Ceci en  
toutes circonstances et toujours avec sympathie, sourire et bienveillance.*

*Votre sens professionnel et votre rigueur sont pour moi un exemple.*

*Veillez accepter, chère Maitre, l'assurance de mon estime de mon  
profond respect et de mon admiration*

*A mon Maitre et Juge de thèse*

*Madame Le Professeur NADIA BENZZOUBEIR*

*Professeur d'hépto-Gastroentérologie*

*Vous m'avez accordé un grand honneur en acceptant de juger ma thèse.*

*Vous m'avez fait découvrir et apprécier la Gastro-entérologie,  
ce fut un plaisir d'apprendre cette discipline grâce à la clarté de votre  
raisonnement, grâce à vos qualités pédagogiques et grâce à votre  
disponibilité.*

*Votre compétence, votre modestie et vos qualités humaines demeurent à  
mes yeux exemplaires.*

*Je vous prie, chère Maitre, de recevoir mes remerciements  
renouvelés ainsi que l'assurance de ma très haute  
considération et grande estime.*

*A mon Maitre et Juge de thèse*

*Madame Le Professeur NAWAL KABBAGE Professeur  
d'hépatogastroentérologie*

*Vous me faites un immense plaisir en acceptant de juger ma thèse.  
Qu'il me soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes mon  
admiration à la valeur de votre compétence, votre rigueur ainsi que  
votre gentillesse, votre sympathie et votre dynamisme  
qui demeureront pour nous le meilleur exemple.  
Que ce travail soit une occasion de vous exprimer ma gratitude, de  
respect et d'admiration les plus sincères.*

*A mon Maitre et juge de thèse*  
*Madame Le Professeur IITIMADE NASSER*  
*Professeur de radiologie*

*Je suis heureux de l'honneur que vous m'avez fait en  
acceptant d'être parmi ce respectable jury.*

*Votre spontanéité et votre gentillesse  
m'ont particulièrement marquées.*

*Vous m'avez reçu avec beaucoup d'amabilité,  
et j'en été très Touchée.*

*Qu'il me soit permis, chère Maitre, de vous exprimer toute ma  
gratitude et profonde admiration. Merci d'avoir accepté de juger  
ce travail.*

*A Mon Maître*

*Madame le professeur MOUNA SALIHOUNE*

*Professeur d'Hépatogastroentérologie*

*Qu'il me soit permis de témoigner à travers ces quelques  
lignes de mon admiration à la valeur de votre compétence,  
votre rigueur ainsi que votre gentillesse.*

*Ce fut agréable de travailler sous votre direction pendant  
mon cursus.*

*Que ce travail soit une occasion de vous exprimer ma grande  
gratitude et mon profond respect.*

*A Mon Maître*

*Madame le professeur LEILA AMRANI*

*Professeur d' Hépatogastroentérologie*

*Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, vos qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants nous inspirent une grande admiration et un profond respect.*

*Veillez trouver ici, chère maître, le témoignage de notre grande gratitude*

## **ABREVIATIONS**

- AEP : Appendagite Epiploïque primitive
- AE : Appendice Epiploïque
- FIG : Fosse Iliaque Gauche
- TDM : Tomodensitométrie
- AINS : Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens
- CRP : Protéine C Réactive
- BPM : Battement Par Minute
- CPM : Cycle Par Minute
- FR : Fréquence Respiratoire
- FC : Fréquence Cardiaque



*PLAN*

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUCTION</b> .....                                     | 1  |
| <b>APENDAGITE EPIPLOIQUE PRIMITIVE DANS LA LITTERATURE</b> .. | 3  |
| I. GENERALITES .....  | 4  |
| II. RAPPEL ANATOMIQUE DE L'EPIPLOON .....                     | 4  |
| III. PHYSIOPATHOLOGIE :.....                                  | 7  |
| IV. CLINIQUE .....  | 8  |
| V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES .....                              | 9  |
| 1) Echographie .....  | 9  |
| 2) Tomodensitométrie :.....                                   | 10 |
| 3) Le lavement aux hydrosolubles .....                        | 12 |
| 4) Biologie .....   | 12 |
| VI. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :.....                          | 13 |
| 1) L'appendicite aigue :.....                                 | 13 |
| 2) Les diverticulites.....                                    | 15 |
| 3) Les infarctus du grand épiploon : .....                    | 16 |
| 4) Les torsions d'appendices épiploïques secondaires .....    | 18 |
| VII. TRAITEMENT-EVOLUTION .....                               | 19 |
| 1) Traitement médical .....                                   | 19 |
| 2) Traitement chirurgical.....                                | 19 |
| <b>OBSERVATION</b> .....                                      | 20 |
| <b>DISCUSSION</b> .....                                       | 26 |
| <b>CONCLUSION</b> .....                                       | 32 |
| <b>RESUME</b> .....   | 34 |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....                                    | 38 |



# *INTRODUCTION*

L'appendagite épiploïque primitive regroupe les torsions et les inflammations primitives des appendices épiploïques.

Ces événements pathologiques considérés comme rares, ont longtemps été exceptionnellement diagnostiqués en période préopératoire.

La prise en charge thérapeutique repose essentiellement sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antalgiques. La chirurgie peut avoir des indications précises.

Compte tenu de la rareté de cette pathologie et ses difficultés diagnostiques, nous mettons le point sur les particularités cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection méconnue, à travers une revue de la littérature et par la présentation d'un cas d'appendagite épiploïque primitive chez une femme de 74 ans.

Le but de ce travail est de décrire les signes cliniques et radiologiques pour faire le diagnostic d'une appendagite épiploïque afin d'éviter une chirurgie parfois inutile.



*APENDAGITE EPIPLOIQUE  
PRIMITIVE DANS LA  
LITTERATURE*

## **I. GENERALITES**

L'appendagite épiploïque primitive (AEP) ou infarctus d'un appendice épiploïque, encore dénommée torsion de frange épiploïque, est une entité souvent méconnue dont la première description chirurgicale date de 1941 par Pines et al. [1] Le terme d'appendagite épiploïque a été introduit en 1956 par Dockerty et al. [1'].

C'est un diagnostic différentiel de l'appendicite qui doit être évoqué, en particulier chez les personnes obèses car son traitement est conservateur.

Il s'agit de l'inflammation des franges épiploïques, celles ci sont situées sur le bord mésentérique jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne. On peut en dénombrer une centaine environ, elles mesurent de 2 à 5 centimètres de longueur chez l'adulte. [2].

Elles sont réparties le long du cadre colique, et sont absentes au niveau du rectum, leurs localisations sont, par ordre de fréquence, la charnière recto-sigmoïdienne (57 %), la région iléo-caecale (26 %), le côlon ascendant (9 %), le côlon transverse (6 %) et le côlon descendant (2 %) [29].

## **II. RAPPEL ANATOMIQUE DE L'EPIPLOON**

L'épiploon ou omentum correspond à deux feuillets de péritoine accolés et qui relie deux viscères entre eux. Il ne faut pas le confondre avec un ligament qui correspond à un accolement de deux feuillets du péritoine reliant le péritoine pariétal antérieur à un viscère (ex. le ligament suspenseur du foie), et un méso qui correspond à un accolement de deux feuillets du péritoine reliant le péritoine pariétal postérieur à un viscère et contenant les vaisseaux nourriciers (ex. le mésentère de l'intestin grêle).

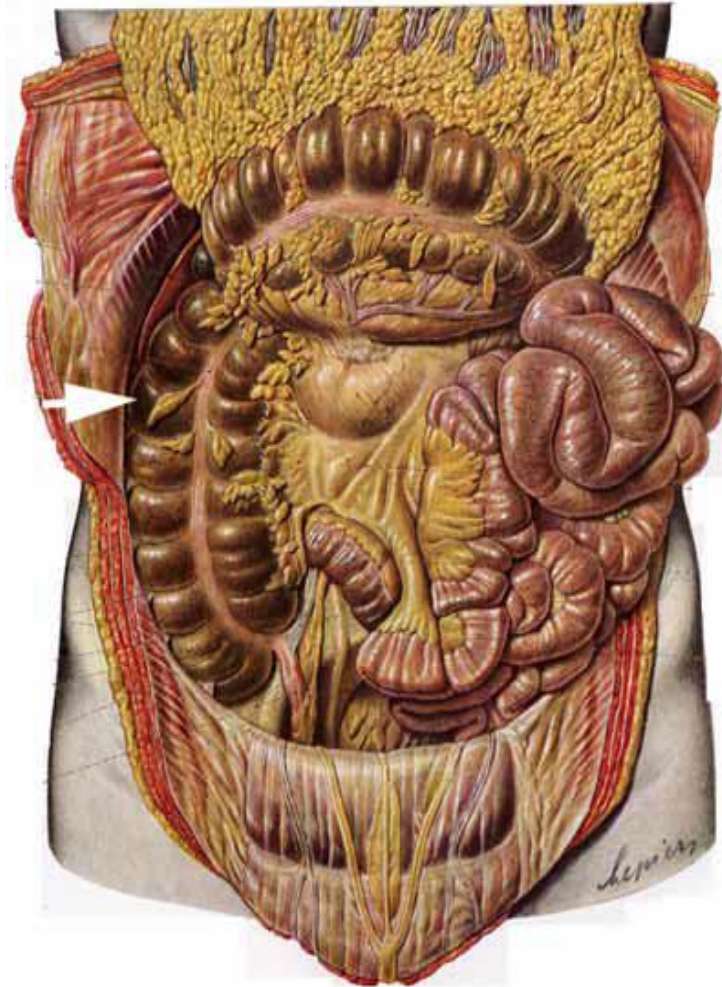
- le grand épiploon ou grand omentum :

Il va de l'estomac au côlon transverse et forme un tablier à double feuillet qui se retrouve à la surface des intestins. Le grand épiploon est constitué par les ligaments gastro-phrénique, gastro-splénique et gastro-colique.

- le petit épiploon ou petit omentum :

Il est tendu de l'estomac au foie. Il est composé par les ligaments gastro-hépatique et hépato-duodénal (mésos du foie).

Chaque épiploon est parcouru par de nombreux vaisseaux. [3].



**Figure 1** : Appendice épiploïque colique (flèche) in Clemente CD Anatomy, Urban & Schwarzenberg, Baltimore – Munich, 1987.

### **III. PHYSIOPATHOLOGIE :**

Le caractère pédiculé des AE favorise la torsion sur leur axe, conduisant à une thrombose des vaisseaux, une ischémie puis une nécrose. Une thrombose veineuse des vaisseaux propres peut également survenir de novo et induire les mêmes phénomènes d'ischémie puis de nécrose de l'AE. Ces deux phénomènes entraînent une diffusion de l'inflammation à la graisse péritonéale adjacente.

En cas de torsion de l'AE ou de thrombose veineuse de novo, l'appendagite est dite primaire.

Si l'inflammation de l'AE résulte de la diffusion d'une inflammation d'organes voisins (en cas d'appendicite ou de diverticulite par exemple), l'appendagite est dite secondaire [29].

#### **IV. CLINIQUE**

Dans la littérature, l'âge moyen de survenue est de 40 ans avec un sex-ratio proche de 1, mais certains auteurs retrouvent une légère prépondérance masculine [2,5,6].

L'appendagite épiploïque primitive survient préférentiellement chez les sujets en surpoids, car les appendices épiploïques sont chez eux plus nombreux et plus volumineux [2,3].

La douleur abdominale est constante, de siège variable selon la localisation de l'appendice pathologique, mais toujours très localisée.

Elle se situe plus fréquemment dans les cadrans inférieurs (fosses iliaques droite et gauche) où les appendices sont les plus volumineux [2].

Le diagnostic est rarement évoqué en première intention devant ce tableau d'abdomen aigu évoluant depuis, en moyenne, trois jours [7]. Lorsque le patient se présente avec des douleurs en fosse iliaque droite, elles en imposent pour une appendicite ou une iléite [4,8,9].

Lorsque les douleurs siègent en fosse iliaque gauche, le diagnostic différentiel se fait avec une diverticulite sigmoïdienne essentiellement [4,8,9].

Les autres signes d'accompagnement comme les troubles du transit, les nausées, les vomissements ou la fièvre sont rares [2,9]. La notion d'un exercice physique intense dans les jours précédant le début des symptômes est parfois retrouvée [7,8].

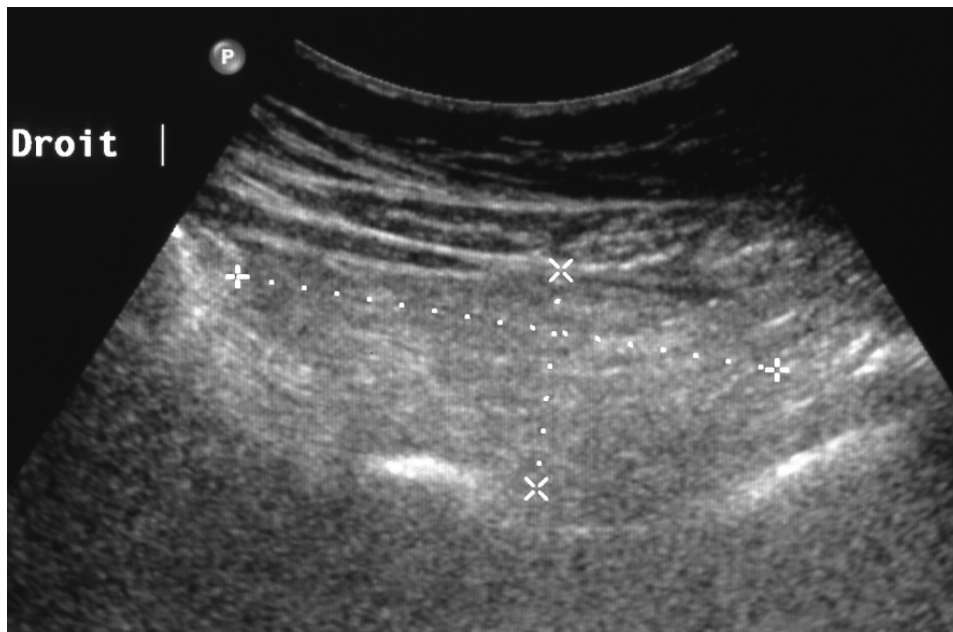
Cliniquement, dans 10 à 30 % des cas, une masse abdominale sous-pariétale est palpable [2]. Sa palpation déclenche une douleur exquise.

## V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

### 1) Echographie

L'aspect échographique le plus souvent observé chez l'adulte est celui d'un nodule, non compressible et antérieur par rapport au colon.

L'étude en doppler couleur révèle une absence ou une baisse du flux au sein de la masse et une hyper vascularisation périphérique [3].



**Figure 2 :** Formation ovale hyperéchogène intra-péritonéale sous le muscle grand droit de 5 cm de diamètre non mobile, douloureuse au passage de la sonde, associée à un épanchement péritonéal modéré, faisant suspecter une torsion d'appendice épiploïque.

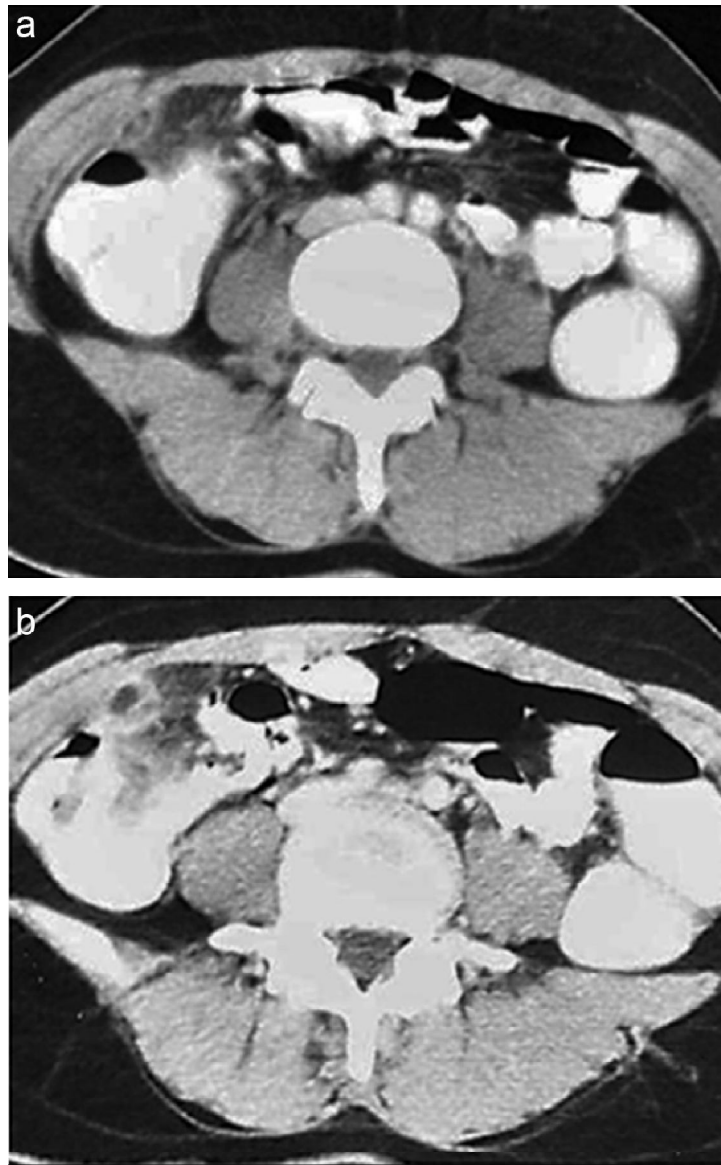
## 2) Tomodensitométrie :

L'exploration TDM permet de faire le diagnostic de certitude. L'AE se traduit par l'existence d'une masse ovale adjacente au colon de densité plus élevée que la graisse péritonéale normale [4].

Le signe constamment retrouvé est celui du « ring sign » se traduit par une hyperdensité en périphérie de la lésion correspondant à l'inflammation de la séreuse [5].

Moins fréquemment le scanner peut révéler [9] :

- Une hyperdensité punctiforme centrale spontanée (54%) en rapport avec la thrombose de la veinule centrale.
- Un épaissement du péritoine pariétal.
- Un épaissement des anses adjacentes.



**Figure 3 :** Tomodensitométrie de l'abdomen, coupes axiales avec injection de produit de contraste et opacification basse (a, b) illustrant l'observation no1. Petite formation graisseuse entourée d'un halo hyperdense, en regard de la paroi du cæcum avec infiltration de la graisse avoisinante.

### **3) Le lavement aux hydrosolubles**

Il est peu réalisé en pratique et aurait un intérêt théorique dans l'élimination du diagnostic de diverticulite. [2]

### **4) Biologie**

La biologie effectuée aux urgences peut révéler un syndrome inflammatoire biologique avec hyperleucocytose et augmentation modérée de la CRP. Il n'existe aucun marqueur biologique spécifique de l'appendagite et les examens sont le plus souvent dans les limites de la normale [2].

Seules l'échographie et la tomodensitométrie permettent de poser le diagnostic de façon fiable [4,10].

Les appendices épiploïques peuvent être spontanément visibles en échographie ou en tomodensitométrie lorsqu'ils sont soulignés par un épanchement intra-abdominal abondant [2,3,7].

## **VI. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :** [2]

### **1) L'appendicite aigue :**

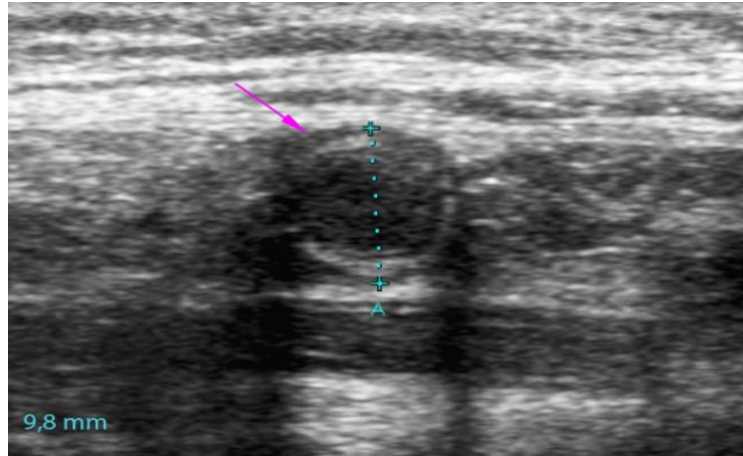
L'appendicite aigue est l'urgence abdominale chirurgicale la plus fréquente [32]. Son diagnostic reste difficile cliniquement et il n'est retrouvé que chez environ 50% des patients ayant une suspicion d'appendicite aigue [33] en raison notamment de la présence de nombreux diagnostics différentiels devant des douleurs fébriles de la fosse iliaque droite.

En se basant sur les données clinico-biologiques, un appendice sain est retrouvé dans plus de 25% des appendicectomies réalisées pour suspicion d'appendicite aigue. Il est maintenant recommandé de confirmer le diagnostic d'appendicite aigue par imagerie avant toute chirurgie.

- **Echographie abdomino-pelvienne**

L'échographie abdomino-pelvienne doit être réalisée avec une sonde abdominale à basse fréquence pour avoir une approche globale (recherche de diagnostics différentiels et repérage de l'appendice) puis avec une sonde superficielle à haute fréquence pour étudier les parois appendiculaires.

En cas d'appendicite, l'appendice n'est plus compressible, est augmenté de taille, mesure plus de 6 mm avec des parois de plus de 3mm d'épaisseur et différenciées [34]. Un stercolithe peut être visible sous la forme d'une image hyperéchogène avec un cône d'ombre postérieur. La graisse péri-appendiculaire est infiltrée et apparaît hyperéchogène ; il peut exister un épanchement liquidien anéchogène au contact.

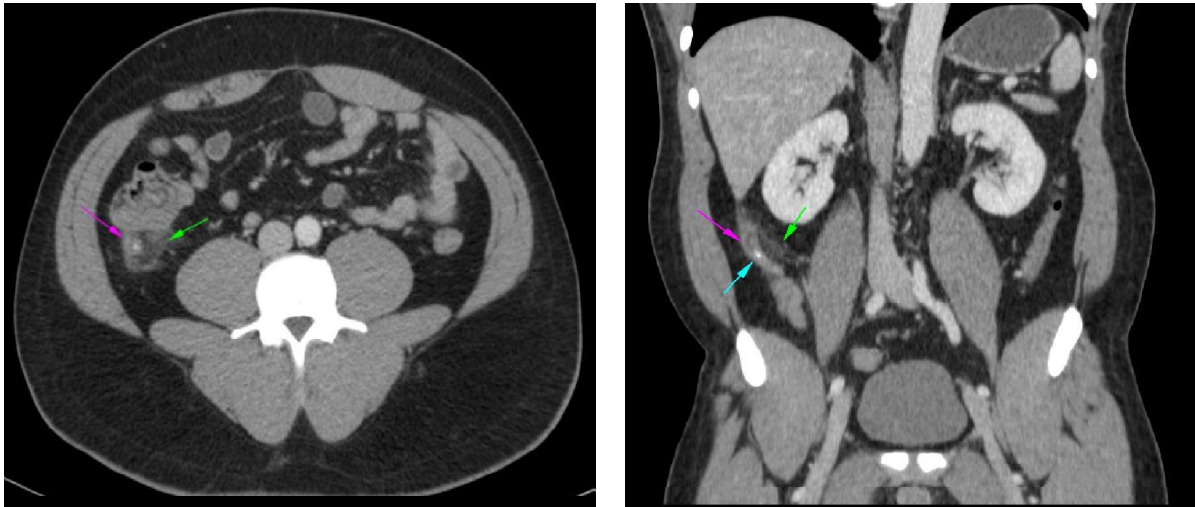


**Figure 4 :** Appendicite aigue visible à l'échographie, en coupe axiale et en coupe longitudinale, chez une patiente de 28 ans, L'appendice est identifié comme une structure borgne reliée au caecum (flèche verte). Le diagnostic d'appendicite repose sur l'augmentation de taille de l'appendice (9,8 mm de diamètre), l'aspect épaissi de ses parois (mesurées à 4 mm) (flèches roses) et son caractère incompressible.

- **Scanner abdomino-pelvien**

Le scanner abdomino-pelvien est réalisé en coupes millimétriques après injection de produit de contraste iodé.

L'appendice est repéré comme une structure borgne partant du bas fond caecal. Le diagnostic d'appendicite repose sur la présence d'un appendice augmenté de taille, mesurant plus de 6 mm de diamètre avec des parois épaissies de plus de 3 mm [35]. Il existe une infiltration de la graisse péri-appendiculaire qui apparaît densifiée, et parfois un épanchement liquidien, hypodense.



**Figure 5 :** Appendicite aigue non compliquée visible au scanner, en coupe axiale et en coupe coronale, chez un patient de 42 ans. L'appendice est de topographie rétro-caecale (flèches roses). Le diagnostic d'appendicite aigue repose sur la présence d'un appendice augmenté de taille, siège d'un stercolithe appendiculaire (flèche bleue), associée à une infiltration de la graisse péri-appendiculaire (flèches vertes).

## 2) Les diverticulites.

La diverticulite peut présenter différents tableaux cliniques selon la gravité de l'inflammation et les complications associées. La présentation typique est caractérisée par une douleur en fosse iliaque gauche avec un état subfébrile ou fébrile, associée à un trouble du transit tel que constipation (70%) ou diarrhées (30%), Nausées et vomissements (20–60%) accompagnent généralement la symptomatologie.

La palpation de l'abdomen et le toucher rectal sont douloureux en regard de la zone enflammée. Au niveau biologique, on observe une leucocytose avec

neutrophilie. Une formule sanguine normale n'exclut cependant pas une diverticulite.

Le diagnostic est principalement clinique, des antécédents de diverticulite ou une diverticulose connue le renforcent.

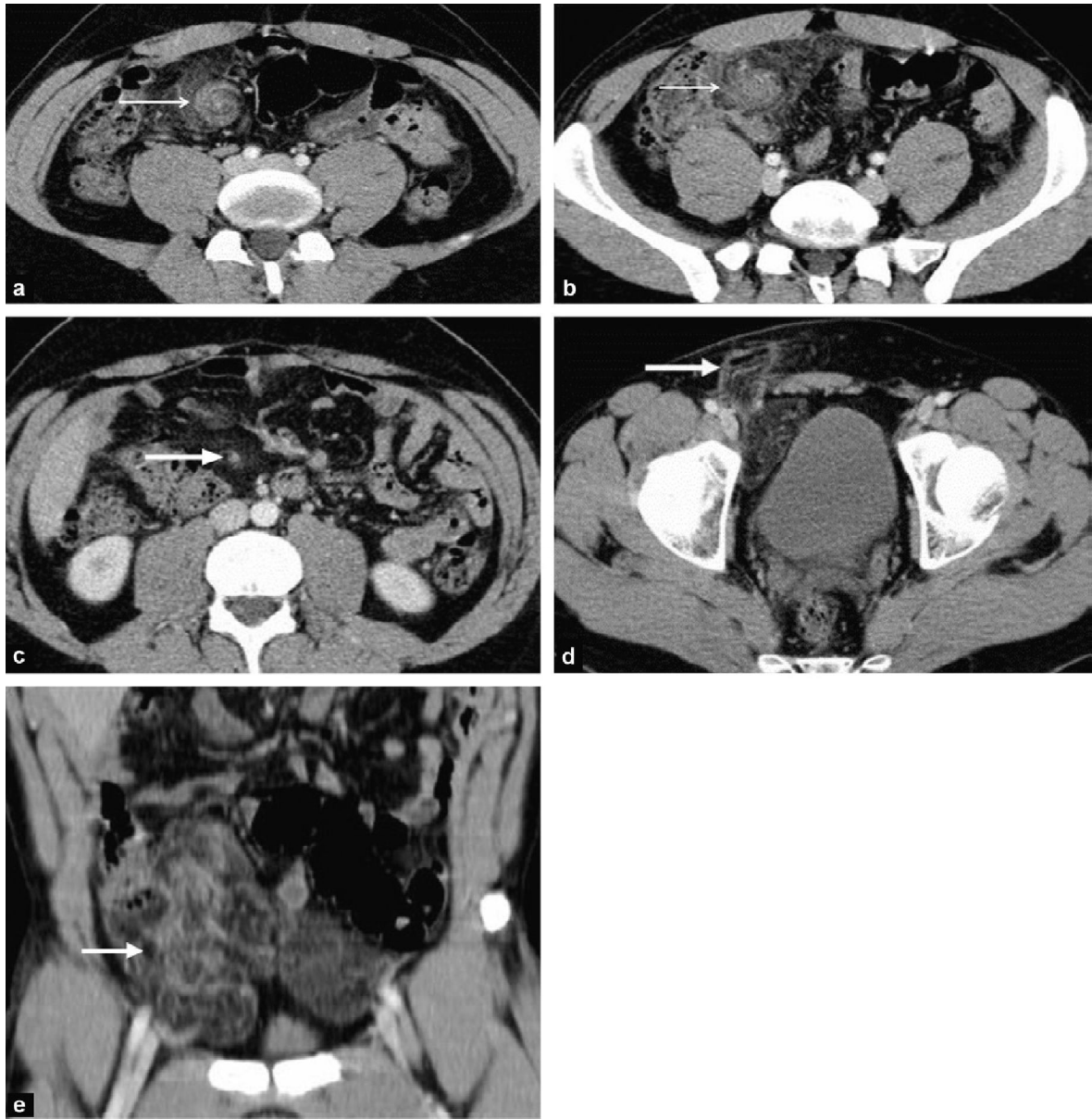
Les signes radiologiques classiques de diverticulite à la TDM abdominale comprennent un épaississement de la paroi (70%) et une infiltration de la graisse péricolique (98%). [30,31]

### **3) Les infarctus du grand épiploon :**

Nodule de densité graisseuse plus large, hétérogène, le plus souvent localisé à droite sans couronne hyperdense. Les phénomènes d'inflammation péritonéale sont plus marqués [5].

**Tableau 1 :** diagnostic différentiel entre AEP et infarctus primitif du grand épiploon [36]

| <b>Points importants de différenciation par l'imagerie entre AEP et infarctus primitif du grand épiploon.</b> |                               |                                    |
|---|-------------------------------|------------------------------------|
| <b>Critères d'imagerie</b>  | <b>AEP</b>                    | <b>Infarctus grand épiploon</b>    |
| <b>Situation colique</b>  | <b>gauche</b>                 | <b>droite et transverse</b>        |
| <b>Localisation par rapport colon</b>   | <b>antérieure et latérale</b> | <b>antérieure et interne</b>       |
| <b>Taille</b>   | <b>≤ 3 cm</b>                 | <b>&gt; 3 cm</b>                   |
| <b>Effet de masse</b>   | <b>±</b>                      | <b>+</b>                           |
| <b>Apparence scanner</b>  | <b>anneau dense</b>           | <b>masse graisseuse hétérogène</b> |



**Figure 6 :** TDM abdominale après injection de produit de contraste en coupes axiales (a, b, c, d) et reconstruction coronale (e) ; a : signe de tourbillon ; b : masse de densité graisseuse accolée à la paroi abdominale antérieure droite ; c : vaisseaux épiploïques impliqués dans le volvulus ; d : hernie inguinale droite; e : masse épiploïque.

#### **4) Les torsions d'appendices épiploïques secondaires**

Dans les appendagites secondaires, l'inflammation est due à un processus inflammatoire de proximité, par exemple une diverticulite, une appendicite, une pancréatite ou une cholécystite

les atteintes secondaires d'appendices épiploïques dans les maladies inflammatoires coliques primitives s'accompagnent d'un épaissement pariétal étendu, d'un rétrécissement de la lumière digestive, de collection liquidienne péricolique, d'abcès ou d'extravasation de bulles d'air, à l'inverse des infarctus d'appendices épiploïques, ou l'atteinte apparaît primitivement juxta pariétale.

La prise en charge des appendagites secondaires est basée sur le traitement de la pathologie qui en est responsable. [2]

## **VII. TRAITEMENT-EVOLUTION**

### **1) Traitement médical**

Le traitement préconisé est essentiellement conservateur associant les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [7,8].

Les douleurs régressent en moins d'une semaine avec une moyenne de cinq jours.

L'aspect évolutif des appendagite dépend du délai du contrôle par rapport à l'examen initial.

Dans une série de dix cas les auteurs rapportent sur les scanners de contrôle une diminution constante de la taille des nodules, de l'infiltration périlésionnelle et de l'épaississement du péritoine. [7]

### **2) Traitement chirurgical**

Il est préconisé en cas de doute diagnostique, en cas de persistance de la symptomatologie douloureuse, de récurrence ou de survenue de complications a type d'abcès ou d'occlusion intestinale.

Il consiste en une résection de l'appendice épiploïque responsable l'appendagite, et une ligature à sa base.

La cœlioscopie est l'intervention à privilégier, car elle réduit la morbidité pariétale et raccourcit la durée d'hospitalisation.

L'évolution post opératoire est favorable avec disparition rapide des symptômes. [37,38].



Une femme de 74 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle sous IEC et diurétique, d'appendicectomie à l'enfance, et de surpoids, a été admise dans notre service pour un syndrome douloureux abdominal.

Cette patiente, souffrant depuis 4 jours de douleurs de la FIG, aggravées depuis 48 heures, associées à une diarrhée liquidienne (3-5/j).

On a noté à l'admission une PSA de 140/70, une FC à 70 bpm, une FR à 19 cpm et une température à 37,5 °C.

L'examen clinique avait mis en évidence un abdomen souple et une sensibilité de la FIG. Les orifices herniaires étaient libres, et le reste de l'examen était normal.

La biologie sanguine (NFS, Urée, Créatinine, CRP, Ionogramme) avait mis en évidence des valeurs dans les limites de la normale, sans syndrome inflammatoire (CRP=3,4 mg/l). L'examen parasitologique des selles était négatif.

Une échographie abdomino-pelvienne réalisée n'avait objectivé aucune anomalie.

Une recto-sigmoïdoscopie avait montré une muqueuse congestive siège de quelques ulcérations en tête d'épingle, sans diverticules.

Une première TDM abdominale avec ingestion de produit de contraste iodé n'avait montré qu'un épaissement de la région pyloro-bulbaire.

Nous avons complété par une fibroscopie œsogastroduodénale qui n'a montré qu'une simple gastrite antrale.

Devant ce tableau une diarrhée aigue infectieuse est retenue et un traitement antibiotique à base de tinidazol et ciprofloxacine a été donné pendant 10 jrs.

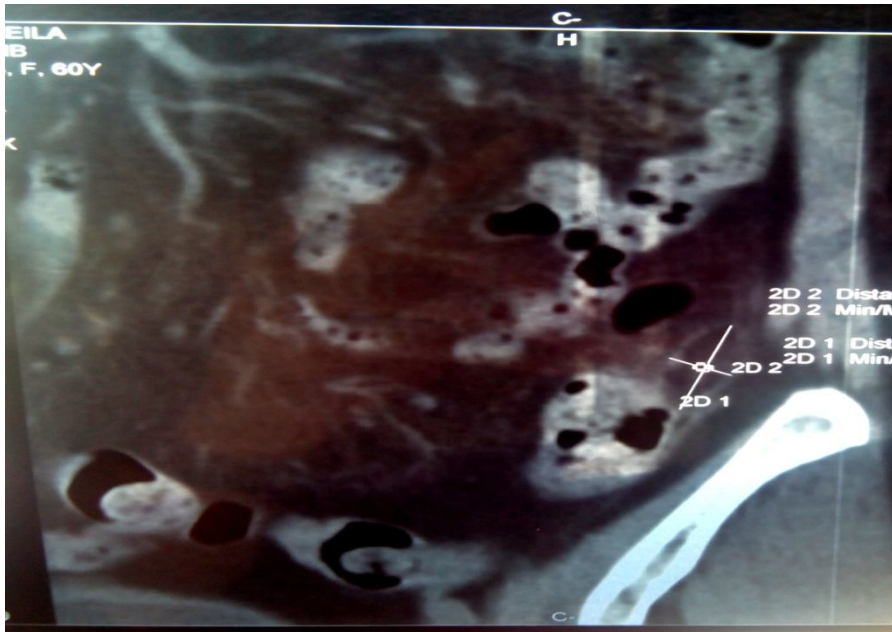
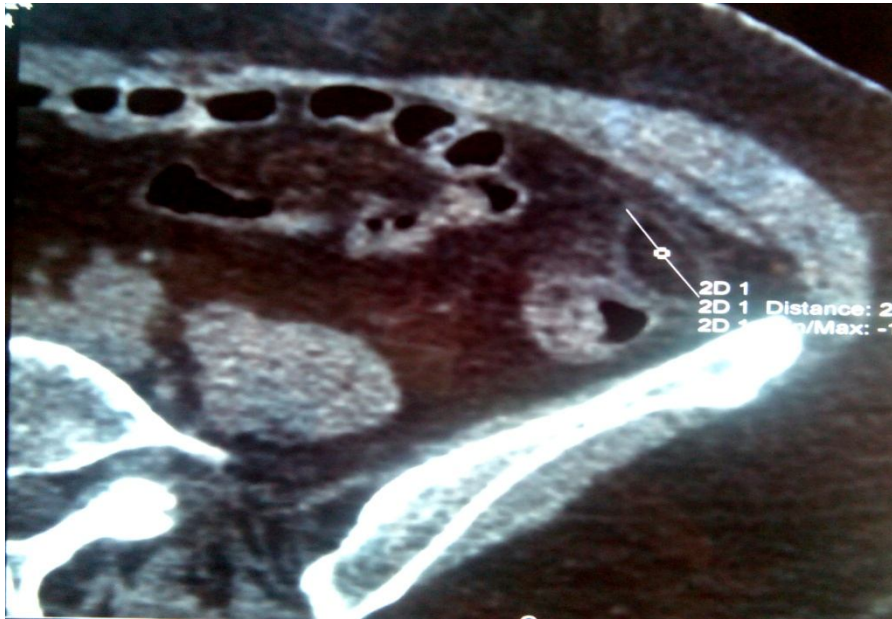
L'évolution a été favorable avec normalisation du transit mais persistance de douleurs modérées de la FIG.

10 jours plus tard, la patiente reconseille aux urgences pour accentuation des douleurs de la FIG depuis 48h. L'examen trouve une patiente apyrétique, TA= 13/06, FC=85bpm, La FR=20cpm, et une hypersensibilité très localisée de la FIG sans trouble de transit.

La biologie sanguine était normale en dehors d'une CRP à peine élevée (12,3 mg/l).

Une échographie abdominale était demandée qui révèle une masse de 30 mm de diamètre intrapéritonéale, ovoïde, bien délimitée et non compressible en regard de la FIG.

Une deuxième TDM abdomino-pelvienne a été réalisée et montre cette fois-ci une formation graisseuse en navette de 30x13x23 mm accolée à la paroi colique gauche légèrement dense en périphérie comportant une zone de densité tissulaire punctiforme centrale (vaisseau au centre). Il n'y avait pas d'épaississement colique adjacent, ni de collection ni d'épaississement. Le diagnostic d'appendagite épiploïque primitive est alors retenu.



**Figure 7 :** formation graisseuse en navette de 30x13x23 mm accolée à la paroi colique gauche légèrement dense en périphérie comportant une zone de densité tissulaire punctiforme centrale (vaisseau au centre).

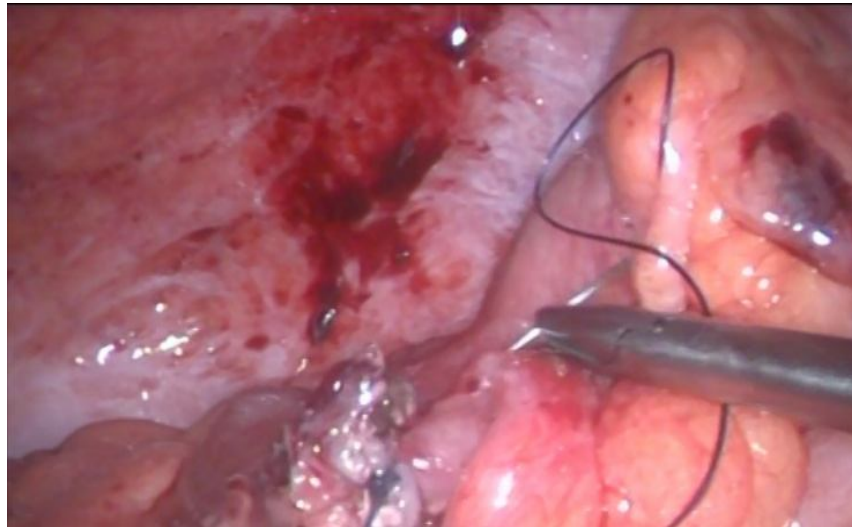
Vu la persistance des signes abdominaux aigus pendant 24 heures en dépit d'une analgésie appropriée, la laparoscopie avait été décidée.

Au cours de l'opération, une appendagite épiploïque nécrosée du côlon sigmoïde adhérent à la paroi abdominale antérieure a été observée, la résection chirurgicale de la frange nécrosée a été réalisée.

La patiente a eu une évolution satisfaisante, avec une amélioration spectaculaire et disparition de la douleur en post opératoire.



**Figure 8 :** appendagite épiploïque avant la résection L'examen histopathologique de la masse réséquée a révélé un tissu ischémique avec une intense réaction inflammatoire aiguë compatible avec la torsion de l'appendicite épiploïque.



**Figure 9** : ligature à la base après résection de l'appendice épiploïque responsable de l'AEP



*DISCUSSION*

Les appendices épiploïques sont des formations graisseuses sous-péritonéales de 2 à 5 cm de longueur au nombre d'une centaine répartis en deux rangées du cæcum au colon sigmoïde [2,11]. Les plus nombreux et les plus proéminents siègent sur le colon gauche et le colon sigmoïde [2].

Diverses fonctions leur ont été attribuées : ces structures pourraient jouer un rôle bactériostatique ou anti-inflammatoire, ou le rôle d'un réservoir sanguin quand le côlon et ses vaisseaux sanguins se contractent. Certains auteurs pensent également qu'ils joueraient un rôle dans l'absorption colique ou constitueraient une zone de réserve adipeuse [2]. La vascularisation limitée de ces appendices épiploïques provenant des branches artérielles coliques, leur aspect pédiculé et leur grande mobilité contribuent à leur susceptibilité à se tordre et à s'infarcir [3-11].

Les appendices épiploïques peuvent s'inflammer primitivement ou secondairement. On parle alors d'appendagite épiploïque primitive ou secondaire.

L'AEP, complication la plus fréquente, correspond à l'inflammation d'un appendice épiploïque par torsion ou spontanément par thrombose de la veine de drainage de l'appendice épiploïque.

L'appendagite épiploïque secondaire se développe à la suite d'un processus inflammatoire impliquant une structure adjacente tel qu'un diverticule ou l'appendice [11].

L'AEP peut survenir à tout âge, avec une légère prépondérance pour les hommes d'âge moyen, entre 40 et 50 ans [13].

L'obésité semble être le seul facteur de risque reconnu [14]. Ce qui est le cas pour notre patiente.

La douleur est d'apparition brutale, permanente et focale, pouvant être montrée du doigt par le patient [7]. Elle prédomine à la fosse iliaque gauche où les appendices sont les plus volumineux [8,13].

Dans une série de 53 observations, Carmichael et al. [13] rapportent une fréquence relative élevée des atteintes sigmoïdiennes (41,5 %). En général, il n'y a pas de défense abdominale ni de trouble du transit.

Les signes d'accompagnement à type de nausées, vomissements, constipation ou diarrhée sont rares. Dans notre cas il s'agissait de diarrhées. Le patient est quelquefois subfébrile [7].

Très rarement, l'appendagite épiploïque peut être incarcerated dans une hernie inguinale et se présenter sous la forme d'une masse inguinale douloureuse [14]. L'imagerie en coupes, notamment l'échographie et la TDM, sont d'un grand apport pour le diagnostic permettant d'éviter une hospitalisation ou une chirurgie inutile [14].

D'après Rao et al. [7], 7,1% des tableaux de sigmoïdite investigués par TDM sont des torsions d'appendice épiploïque. Dans deux tiers des cas le diagnostic n'avait pas été fait sur le scanner mais seulement de façon rétrospective.

L'échographie, examen réalisé de première intention devant tout abdomen aigu peut montrer une masse ovoïde hyperéchogène par rapport à la graisse saine adjacente correspondant au nodule graisseux, non dépressible, douloureuse sous la sonde et entourée d'un halo périphérique hypoéchogène. Parfois un effet

de masse sur les anses adjacentes et une fixation de celle-ci au péritoine antérieur sont mis en évidence [2]. L'étude en doppler couleur révèle une absence ou une diminution du flux au sein de la masse et une hypervascularisation périphérique [16]. Le scanner apporte des arguments permettant un diagnostic de certitude de l'appendagite [7]. Le diagnostic tomodensitométrique est fait sur une image caractéristique de masse avec une densité légèrement supérieure à celle de la graisse normale, limitée par un anneau apparaissant spontanément hyperdense, faiblement rehaussé après injection de produit de contraste et correspondant à l'inflammation de la séreuse [5,8,16]. Il y a une infiltration de la graisse en périphérie [17].

Dans notre cas, cette infiltration de la graisse était absente.

Parfois, on peut distinguer une hyperdensité centrale ou ronde dont l'origine pourrait correspondre à une fibrose septale ou à une thrombose vasculaire [5].

Ce signe était présent dans notre cas.

Il peut également y avoir un effet de masse sur les anses digestives adjacentes, un épaississement du péritoine au contact ainsi qu'un épaississement de la paroi colique en regard [8–17].

Ces signes étaient absents dans notre cas.

La TDM permet d'apporter des éléments négatifs très importants pour le diagnostic tels que l'absence de signe de diverticulite et un aspect normal de l'appendice [10].

Le principal diagnostic différentiel au scanner est l'infarcissement du grand épiploon, primitif ou secondaire par torsion ou thrombose, qui correspond

également à une lésion graisseuse inflammatoire [18]. Celui-ci survient plus souvent chez l'enfant [19]. Cette lésion est plus volumineuse et sa situation est en-dedans du côlon droit ou gauche, alors que les appendagites épiploïques sont antérieures ou externes.

En TDM, cette lésion a un aspect caractéristique et apparaît comme une masse bien limitée en navette [2,5]. Dans les deux cas, la prise en charge thérapeutique est la même.

Une étude a démontré que la récurrence peut survenir jusqu'à 40% des cas, nécessitant son retrait pour diminuer ce taux [21].

L'accès laparoscopique est actuellement la méthode la plus utilisée. En plus d'avoir les mêmes avantages lors de l'utilisation des autres procédures abdominales, il réduit la formation d'adhérences, et est associé à des taux réduits de récurrences [21].

Un traitement conservateur de l'AEP proposé en 1968, compte tenu qu'il s'agit d'une maladie à autolimitation qui a une résolution spontanée, est actuellement indiqué dans la plupart des cas [26].

La guérison est obtenue dans maximum quatre semaines avec l'administration d'AINS. [21,26].

Bien qu'il y a quelques séries confirmant l'efficacité du traitement non chirurgical, on estime que ce type de traitement est efficace dans 97% à 100% des cas, et qu'il peut être effectué en ambulatoire [8].

Deux études, l'une qui a évalué 50 patients et l'autre qui a évalué 55 cas, ont confirmé l'évolution favorable de la maladie avec un traitement non chirurgical, dans 98% à 100% et des cas. [9, 27].

La première a montré que 64% des patients ont été traités en ambulatoire et 36% ayant nécessité une hospitalisation de 24 heures. [25].

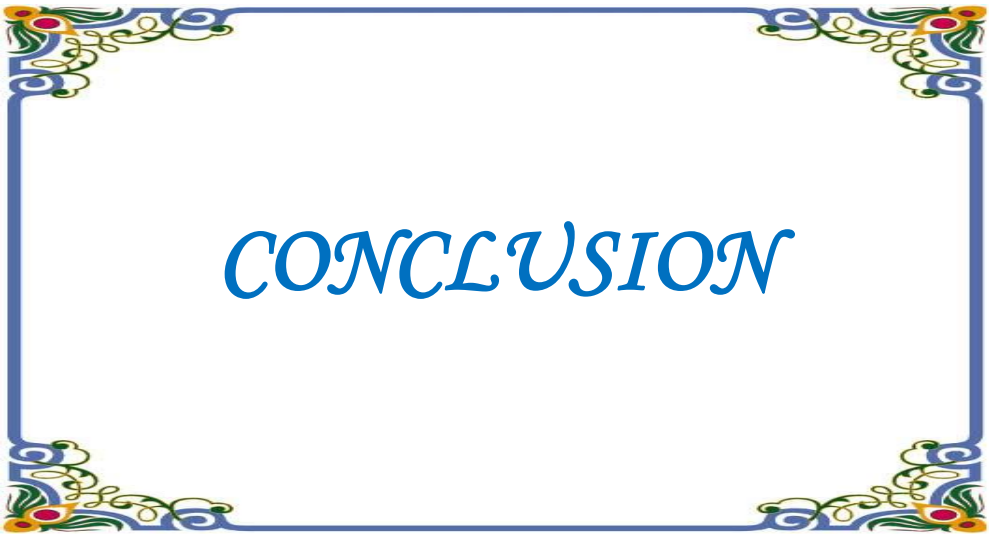
Bien que la thérapie antibiotique est utilisé chez 36% des patients, la prescription d'antibiotiques n'est indiqué que s'il existe une suspicion clinique ou biologique de l'infection [24].

Une étude coréenne (Choi YU, Choi PW) qui a utilisé l'approche conservatrice a montré que tous les patients évalués ont présenté une rémission complète des symptômes cliniques après une semaine d'utilisation régulière d'AINS, et n'ont pas récidivé après le suivi d'une période de quatre mois. [21].

Lorsque les méthodes de l'imagerie ne peuvent pas expliquer la nature de la lésion, l'indication de la laparoscopie diagnostique devient la stratégie la plus raisonnable. [22, 28].

Dans notre cas, la laparoscopie a été indiquée vu la persistance des douleurs en dépit d'une analgésie appropriée. (AINS, TRAMADOL).

Lorsque la frange épiploïque inflammée est identifiée au cours de la laparoscopie, elle est enlevée, dans la plupart des séries, par simple ligature à la base, en prenant soin de ne pas blesser la paroi du côlon, car il ya des adhérences inflammatoires qui empêchent l'identification correcte du plan de clivage. [22,23].



Au total, l'appendagite épiploïque primitive est une pathologie rare, souvent méconnue, qui relève d'un traitement essentiellement médical. Le traitement chirurgical peut être indiqué en cas de doute diagnostique, ou pour obtenir une amélioration rapide des symptômes et prévenir les récurrences.

Ce diagnostic doit être évoqué chez un adulte d'âge moyen, ayant une surcharge pondérale modérée, devant l'association d'un tableau d'abdomen aigu peu ou non fébrile ou subfébrile, parfois avec trouble du transit, et avec ou non un léger syndrome inflammatoire biologique.

La clinique et la biologie étant peu spécifiques, c'est l'avènement de la tomodensitométrie effectuée pour les tableaux abdominaux aigus qui a permis de décrire l'aspect de l'appendagite épiploïque primitive et d'éviter ainsi de porter le diagnostic en peropératoire.



## Résumé

**Titre :** Appendagite épiploïque primitive : A propos d'un cas et revue de la littérature.

**Auteur :** MUSTAPHA LOUTFI

**Mots Clés :** Appendagite, douleur abdominale, TDM, traitement médical

L'appendagite épiploïque primitive (AEP) ou infarctus d'un appendice épiploïque, encore dénommée torsion de frange épiploïque, est une entité souvent méconnue dont la première description chirurgicale date de 1941 par Pines et al. Le terme d'appendagite épiploïque a été introduit en 1956 par Dockerty et al.

L'appendagite épiploïque primitive survient préférentiellement chez les sujets en surpoids, car les appendices épiploïques sont chez eux plus nombreux et plus volumineux.

La douleur abdominale est constante, de siège variable selon la localisation de l'appendice pathologique, mais toujours très localisée.

Elle se situe plus fréquemment dans les quadrants inférieurs (fosses iliaques droite et gauche) où les appendices sont les plus volumineux.

L'aspect échographique le plus souvent observé chez l'adulte est celui d'un nodule, non compressible et antérieur par rapport au colon.

L'exploration TDM permet de faire le diagnostic de certitude. L'AEP se traduit par l'existence d'une masse ovale adjacente au colon de densité plus élevée que la graisse péritonéale normale.

Les principaux diagnostics différentiels sont : l'appendicite aiguë, la diverticulite sigmoïdienne, l'infarctus du grand épiploon, et les appendagites épiploïques secondaires.

Le traitement préconisé est essentiellement médical associant les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Le traitement chirurgical est indiqué en cas de doute diagnostique, en cas de persistance de la symptomatologie douloureuse, de récurrence ou de survenue de complications à type d'abcès ou d'occlusion intestinale.

L'évolution est favorable aussi bien sous traitement médical que chirurgical.

**Objectif :** Le but de ce travail est de décrire les signes cliniques et radiologiques pour le diagnostic d'une appendagite épiploïque afin d'éviter une chirurgie parfois inutile

## ABSTRACT

**Title :** Primary epiploic appendagitis : About a case and review of the literature

**Author:** MUSTAPHA LOUTFI

**Keywords:** Appendagitis, abdominal pain, CT scanner, medical treatment

Primary epiploic appendagitis, also named omental appendix infarction, is an overlooked entity that the first surgical description dates from 1941 by Pines and al. The term epiploic appendagitis was introduced in 1956 by Dockerty and al.

Primary epiploic appendagitis usually occurs in people who are overweight, because omental appendages are among those people more numerous and more voluminous.

Abdominal pain is constant, variable according to the location of the pathological appendix, but always very localized.

It is most common in the lower quadrants (right and left iliac fossa) where the appendages are larger.

The sonographic appearance usually seen in adults is a hyperechoic non-compressible nodule, in the anterolateral colon wall.

Exploring CT scanner allows for the diagnosis. The PEA is reflected by the existence of a paracolic oval mass higher in attenuation than normal peritoneal fat.

The main differential diagnoses are: acute appendicitis, the sigmoid diverticulitis, omental infarction, and secondary epiploic appendagitis.

The recommended treatment is essentially medical combining analgesics and nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Surgical treatment is indicated in cases of diagnostic uncertainty, if persistent pain symptoms, recurrence or occurrence of complications like abscess or bowel obstruction.

The outcome is favorable both in surgical than medical treatment.

**Objective :** The purpose of this study was to describe the clinical and radiological signs for the diagnosis of omental appendagitis to avoid sometimes unnecessary surgery.

## ملخص

**العنوان :** إتهاب الزائدة الثربية الأولى: حول حالة واحدة ومراجعة للأدبيات .

**الكاتب :** المصطفى لطفي

**الكلمات الرئيسية :** الزائدة الثربية ، ألم البطن، ماسحة ضوئية، العلاج الطبي.

إتهاب الزوائد الثربية الأولى أو إحتشاء الزائدة الثربية، المسماة أيضا بالتواء الهامش الثربي، هو مرض غير معروف في كثير من الأحيان، كان أول مواعيد وصفه الجراحية سنة 1941 من طرف Pines وآخرون. وقدم مصطلح إتهاب الزوائد الثربية في عام 1956 من قبل Dockerty وآخرون.

وعادة ما يحدث إتهاب الزائدة الثربية عند الأشخاص البدناء لأن لديهم زوائد ثربية أكثر عددا وأكبر حجما.

يكون ألم البطن ثابتا، ويختلف مكانه وفقا لموقع الزائدة الثربية المرضية، ولكن يكون دائما جد محلي.

ويكون موقعها الأكثر شيوعا في الأرباع السفلية (الحفرة الحرقفية اليمنى واليسرى) حيث الزوائد أكبر حجما.

غالبا ما يظهر الفحص بالصدى عند الشخص البالغ عقيدة غير قابلة للإبضاغاط و في موضع أمامي بالنسبة للقولون.

يمكن استكشاف التصوير المقطعي من التشخيص النهائي. حيث يظهر إتهاب الزوائد الثربية الأولى على شل كتلة بيضوية الشكل محادية للقولون بكثافة أكبر من الدهن الصفاقي العادي.

التشخيصات التفاضلية الرئيسية هي: إتهاب الزائدة الدودية الحاد، انسدادات السيني، إحتشاء الثرب الأكبر ، وإتهاب الزوائد الثربية الثانوي.

العلاج الموصى به هو أساسا الجمع بين المسكنات الطبية والعقاقير المضادة للإتهابات.

يوصى بالعلاج الجراحي في حالات عدم اليقين من التشخيص، إذا بقيت أعراض الألم الثابتة، تكرار المرض أو حدوث مضاعفات مثل الخراج أو انسداد الأمعاء.

تكون النتائج جيدة سواء تحت العلاج الطبي أو الجراحي.

**الهدف :** ويبقى الغرض من هذا العمل هو وصف العلامات السريرية والإشعاعية لتشخيص إتهاب الزائدة الثربية لتجنب الجراحة غير الضرورية في بعض الأحيان.



# *BIBLIOGRAPHIE*

- [1]. Pines BR, Beller J. Primary torsion and infarction of the appendices epiploicae. Arch Surg 1941;1942:775.
- [1'] Dockerty MB, Lynn TE, Waugh JM. A clinicopathologic study of the epiploic appendages. Surg Gynecol Obstet 1956;103:423–33.
- [2]. Barbier C, Denny P, Pradoura JM, et al. Radiologic aspect of infarction of appendix epiploica. J Radiol 1998; 79:1479-1485.
- [3]. Lee YC, Wang HP, Huang SP, Chen YF, Wu MS, Lin JT. Gray-scale and color Doppler sonographic diagnosis of epiploic appendagitis. J Clin Ultrasound. 2001 ;29 :197-199.
- [4]. Levret N, Mokred K, Quevedo E, Barret F, Pouliquen X. Les appendicites épiploïques primitives. J Radiol 1998; 79:667-671.
- [5]. McClure MJ, Khalili K, Sarrazin J, Hanbidge A. Radiological features of epiploic appendagitis and segmental omental infarction. Clin Radiol. 2001; 56:819-827.
- [6]. Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. Radiology 1997;204:713-717.
- [7]. Rao PM, Rhea J, Wittenberg J, Warshaw AL. Misdiagnoses of primary epiploic appendagitis. Am J Surg 1998;176:81-85.
- [8]. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendicitis: clinical, US and CT-findings in 14 cases. Radiology 1994;191:523-526.
- [9]. Singh AK, Gervais DA. CT Appearance of acute appendagitis. AJR 2004;183:1303-1307.
- [10]. Gomez MA, Bretagnol F. Les appendagites épiploïques primitives: un diagnostic radiologique. J Chir 2002;139:328–331.

- [11]. Jobé J, Ghuysen A, Meunier P, D'Orío V. L'appendagite épiploïque un diagnostic méconnu. *Rev Med Liège* 2009;64:382–385.
- [12]. Hollerweger A, Macheiner P, Hubner E, Rettenbacher T, Gritzmann N. Epiploic appendagitis: sonographic findings in 28 cases. *Ultraschall Med* 2002; 23:239–244.
- [13]. Carmichael DH, Organ Jr CH. Epiploic disorders: conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg* 1985; 120:1167–1172.
- [14]. Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Epiploic appendagitis and omental infarction: pitfalls and look-alikes. *Abdomen Imaging* 2002; 27:20–28.
- [15]. Oztunali C, Kara T. Radiologic findings of epiploic appendagitis. *Med Ultrason* 2013; 15:71–72.
- [16]. Hiller N, Berelowitz D, Hadas-Halpern I. Primary epiploic appendicitis: clinical and radiological manifestations. *Isr Med Assoc J* 2000; 2:896–898.
- [17]. Danielson K, Chernin MM, Amberg JR, Goff S, Durham JR. Epiploic appendicitis :CT characteristics. *J Comput Assist Tomogr* 1986; 10:142–143.
- [18]. Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. *Radiology* 1992; 185:169–172.
- [19]. Sirvanci M, Tekelioglu MH, Duran C, Yardimci H, Onat L, Ozer K. Primary epiploic appendagitis: CT manifestations. *Clin Imaging* 2000; 24:357–361.
- [20]. Grattan-Smith JD, Blews DE, Brand T. Omental infarction in pediatric patients: sonographic and CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 178:1537–1539.

- [21]. Choi YU, Choi PW, Park YH, Kim JI, et al. Clinical characteristics of primary epiploic appendagitis. *J Korean Soc Coloproctol.* 2011;27:114-121.
- [22]. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steinstraesser L, et al. Epiploic appendagitis-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery.*2007;7:11
- [23]. Dubb S, Arnold A, Banavalli S, Arnold A. Acute appendagitis presenting with features of appendicitis: value of abdominal CT evaluation. *Case Rep Gastroenterol.* 2008;2:191-195.
- [24]. Freitas GP, Borges AA, Mendonça R, Ribeiro C, Chindamo MC. Apendagite epiplóica: aspectos clínicos e radiológicos. *Arq Gastroenterol.* 2008;45:163-165.
- [25]. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics.*2005; 25:1521-1534.
- [26]. Epstein LI, Lempke RE. Primary idiopathic segmental infarction of the greater omentum: case report and collective review of the literature. *Ann Surg.* 1968; 167:437-443.
- [27]. Legome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med.* 2002;22:9-13.
- [28]. Horvath E, Majlis S, Seguel S, Whittle C, Mac Kinnon J, Pablo J, et al. Apendicitis epiplóica primaria: diagnóstico clínico y radiológico. *Rev Méd Chile.* 2000;128:601-607.
- [29]. Subramaniam R. Acute appendagitis: emergency presentation and computed tomographic appearances. *Emerg Med J* 2006;23:53.

- [30]. Young-Fadok TP, J.H. Clinical manifestations and diagnosis of colonic diverticular disease. In: UpToDate, Rose, BD (Ed). Wellesley (MA): Up to Date; 2004.
- [31]. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. N Engl J Med 1998; 338:1521-1526.
- [32]. Lameris W, van Randen A, van Es HW, et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. BMJ 2009;338:2431.
- [33]. Rettenbacher T, Hollerweger A, Gritzmann N, et al. Appendicitis: should diagnostic imaging be performed if the clinical presentation is highly suggestive of the disease, Gastroenterology 2002;123:992-998.
- [34]. Kessler N, Cyteval C, Gallix B, et al. Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings. Radiology 2004;230:472-478.
- [35]. Kim HC, Yang DM, Jin W, Park SJ. Added diagnostic value of multiplanar reformation of multidetector CT data in patients with suspected appendicitis. Radiographics 2008;28:393-405; discussion -6.
- [36]. De Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Fréquence et épidémiologie descriptive de l'appendicite épiploïque primitive par l'exploration tomodensitométrique des douleurs abdominales de l'adulte. J Radiol 2008 ; 89 : 235-243.
- [37]. Baadh AS, Singh S, Graham RE. A mysterious cause of a surgical abdomen. The Journal of Emergency Medicine 2013; 44:336-339.
- [38]. Kras E, Brun A, Bertrand B, Luigi S. Appendagite : un diagnostic différentiel d'abdomen chirurgical aigu. Presse Med 2013; 42:357-360.

## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

## أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
  - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه.
  - ◀ وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
  - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
  - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
  - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
  - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
  - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
  - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
  - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في.
- والله على ما أقول شهيد .

## إلتهاب الزائدة الثربية الأولي، حول حالة واحدة ومراجعة للأدبيات

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرف

**السيد : المصطفى لطفي**

المزاد في: 12 أكتوبر 1988 بوزان

طبيب داخلي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية: الزائدة الثربية - ألم البطن - ماسحة ضوئية - العلاج الطبي.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

أعضاء

السيدة: حورية شاهد وزاني  
أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي  
السيدة: نوال القباج  
أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي  
السيدة: نادية بن الزبير  
أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي  
السيدة: إعتقاد ناصر  
أستاذة في طب الأشعة