



CORRÉLATION ANATOMORADIOLOGIQUE / *Digestif*

Confrontation radioclinique et anatomopathologique d'un infarctus segmentaire droit du grand omentum par torsion primitive chez l'enfant[☆]



J. Wertheimer^{a,*}, M.-A. Galloy^b, D. Régent^c,
J. Champigneulle^d, J.-L. Lemelle^e

^a Radiologie, hôpital de Mercy, CHR de Metz-Thionville, 1, allée du Château, cs 45001, 57085 Metz cedex 03, France

^b Radiologie pédiatrique, hôpital d'enfants, CHU de Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^c Radiologie, Brabois adultes, CHU de Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^d Anatomopathologie, hôpital de Brabois, CHU de Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^e Chirurgie infantile viscérale, Brabois enfants, CHU de Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

MOTS CLÉS

Abdomen aigu ;
Omentum ;
Tomodensitométrie ;
Imagerie par
résonance
magnétique ;
Anatomopathologie

L'infarctus du grand omentum est une cause peu fréquente de douleurs abdominales aiguës de l'enfant. Primitif ou secondaire à une torsion, il peut intéresser la totalité ou une partie de l'omentum. Les lésions élémentaires constatées en anatomopathologie aident à appréhender sa physiopathologie. Malgré une présentation clinique aspécifique et sa relative méconnaissance, la large diffusion de l'échographie et les améliorations techniques du scanner permettent le plus souvent d'établir un diagnostic précis. L'attitude thérapeutique reste débattue et si certains patients bénéficient d'une laparoscopie avec résection de l'omentum nécrosé, de nombreux articles évoquent l'intérêt d'une attitude conservatrice.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2013.05.009>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : julienwertheimer@gmail.com (J. Wertheimer).

Nous présentons le cas d'un infarctus segmentaire droit du grand omentum sur torsion primitive chez un garçon de 12 ans diagnostiqué par l'imagerie et traité chirurgicalement par laparoscopie ayant permis une résolution rapide des symptômes.

Présentation du cas

Un garçon de 12 ans s'est présenté avec une douleur modérée du flanc droit, isolée, d'installation progressive depuis quatre jours. L'anamnèse n'a pas révélé de facteur déclenchant à l'origine des symptômes. La douleur à la consultation devenait constante et légèrement majorée par les mouvements et les efforts de toux. Il n'y avait ni trouble du transit, ni nausée, ni vomissement, ni symptômes urinaires associés.

L'examen physique d'un patient en léger surpoids ayant une température de 37,3 °C a révélé une sensibilité abdominale diffuse des quadrants droits avec un point douloureux exquis du flanc sans masse. Les bruits hydro-aériques étaient normaux, les orifices herniaires libres et il n'y avait pas de signes généraux notamment d'organomégalie ou d'adénopathies.

Les globules blancs étaient à 8690 G/L [4000–10000] dont 5610 G/L leucocytes [1500–7000] avec une protéine C réactive à 3 mg/L [<5]. Les autres examens de routine étaient normaux et la bandelette urinaire négative.

L'échographie abdominale montrait une infiltration douloureuse de la graisse abdominale profonde avec une image hyperéchogène (Fig. 1) de 13 cm de grand axe, ovoïde, homogène, située dans le flanc droit entre la paroi abdominale et le côlon ascendant. L'appendice était sain et le reste de l'examen sans particularité.

En raison de la présentation radioclinique, un scanner abdominopelvien a été réalisé. Il montrait une large infiltration de la graisse abdominale profonde, hétérogène, en avant du côlon droit, étendue de l'hypochondre jusqu'à la fosse iliaque. De 14 cm de hauteur, elle renfermait des structures linéaires avec signe du tourbillon autour d'une veine principale, le tronc gastrocolique (Fig. 2 et 3). Un discret rehaussement du péritoine pariétal et un épaississement de la paroi du côlon droit étaient également notés.

Compte tenu de l'absence d'appendicite, de signes généraux et du caractère modéré des douleurs, un traitement médical par antalgique, antibiotique et hydratation a été instauré. Au troisième jour d'évolution, à sept jours du début des symptômes, en l'absence d'amélioration clinique, une IRM a été réalisée. Elle retrouvait une large plage d'infiltration de la graisse abdominale profonde, hétérogène en pondération T1, T2 et diffusion, hypointense après suppression du signal graisseux et se rehaussait en périphérie après injection de gadolinium (Fig. 4). Il n'y avait ni anomalie pariétale digestive, ni collection profonde.

Le diagnostic d'infarctus segmentaire droit du grand omentum par torsion a été évoqué et un traitement chirurgical par laparoscopie avec résection de l'omentum infarcté a été entrepris. L'inspection de la cavité abdominale retrouvait (Fig. 5) :

- une large masse du flanc droit, jaunâtre avec des zones de décoloration correspondant à l'omentum pathologique, il

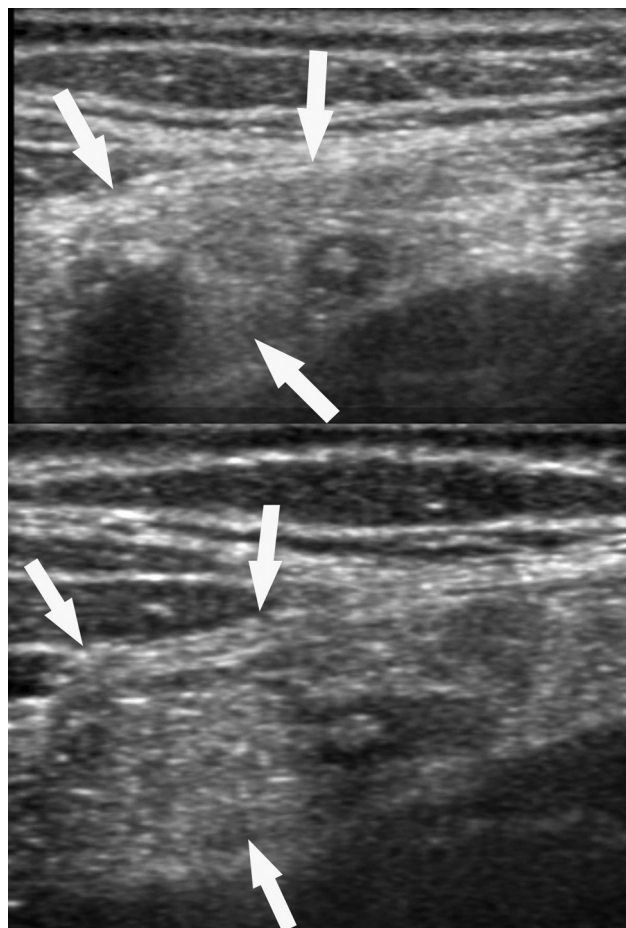


Figure 1. Masse hyperéchogène de la graisse abdominale profonde accolée au péritoine pariétal épaissi (flèches du haut).

s'y ajoutait des signes de souffrance veineuse associant décoloration, aspect violacé et congestion veineuse ;

- une torsion autour de son pédicule vasculaire ;
- une adhérence à la paroi abdominale antérieure ;
- un discret épanchement péritonéal libre sérohématique.

L'étude anatomopathologique confirmait le diagnostic d'infarctus segmentaire primitif de l'omentum, il n'y avait pas de cellules tumorales et les prélèvements bactériologiques étaient négatifs.

Dès le lendemain, l'évolution clinique était favorable et l'enfant pouvait sortir quelques jours après l'intervention.

Discussion

L'infarctus de l'omentum est une cause peu fréquente de douleur abdominale aiguë survenant approximativement dans 15% des cas chez l'enfant [1]. Il concerne entre 0,024% et 0,1% des chirurgies pour suspicion d'appendicite [1,2]. Les garçons sont plus fréquemment atteints que les filles (M/F 3/1), ce qui s'explique par une épaisseur donc une accumulation en graisse du grand omentum plus importante chez les garçons [1]. Les enfants de moins de quatre ans ne seraient pas touchés du fait de la trop faible richesse en graisse de leur omentum [3,4]. Le nombre de cas rapportés augmente en raison d'une plus large diffusion du

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663829>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663829>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)