

Femme 86 ans : bilan étiologique de phlébite à répétition découverte d'un " kyste multiloculaire pelvien " d'environ 10-12 cm de diamètre

Antécédents: embolie pulmonaire en 2001 sur phlébite

Ménopausée à 50 ans, 5 accouchements à terme

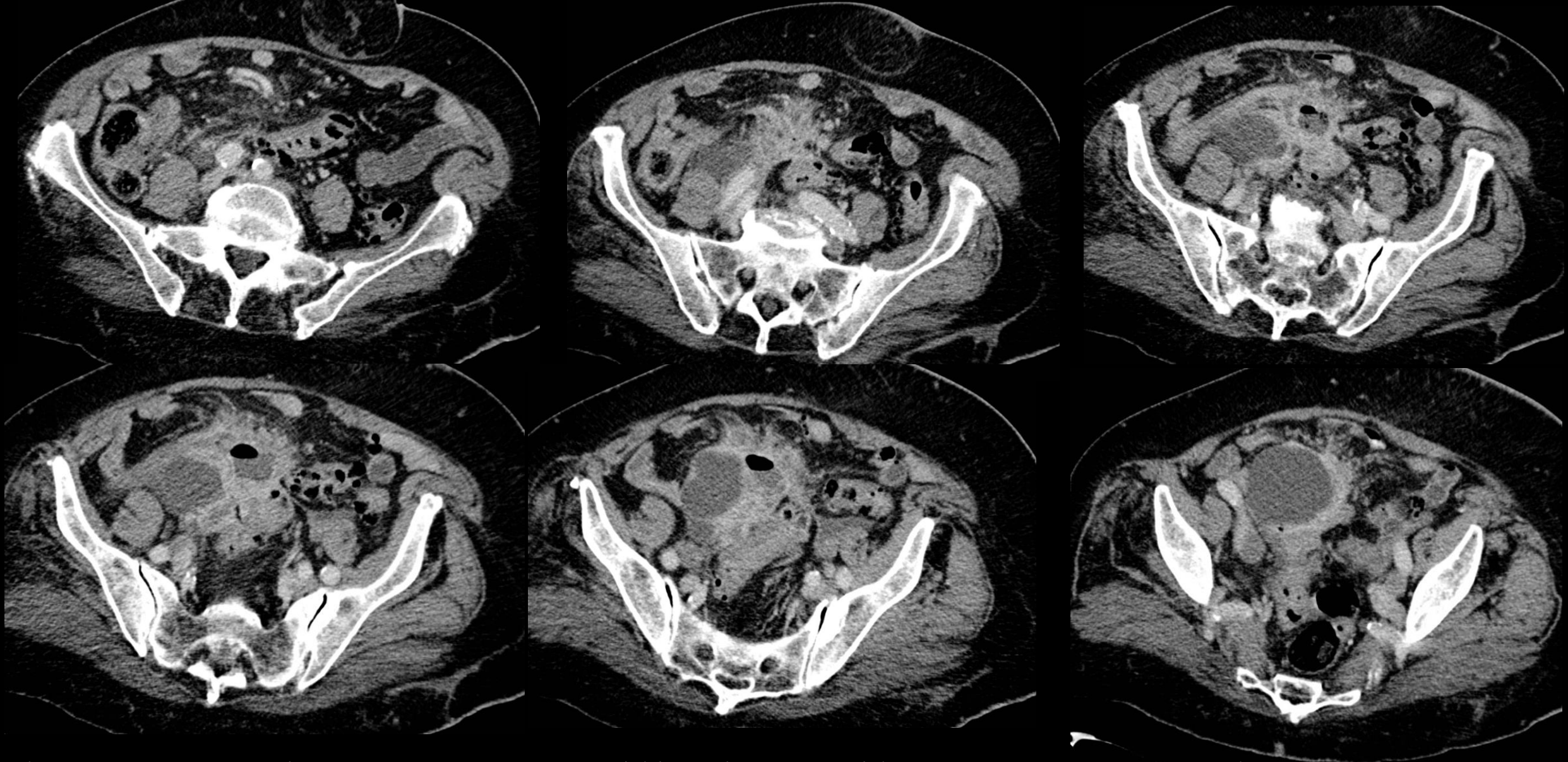
Bilan biologique : PCR à 65 mg/L VS 111 mg/L

Adressée pour " prise en charge d'une tumeur de l'ovaire, doute sur envahissement du sigmoïde"

Consultation d'onco-gériatrie :

" La patiente a compris la situation, le diagnostic de cancer a été évoqué ;

L'ensemble de ces éléments fait classer la patiente dans le groupe 2 faible selon Balduc"



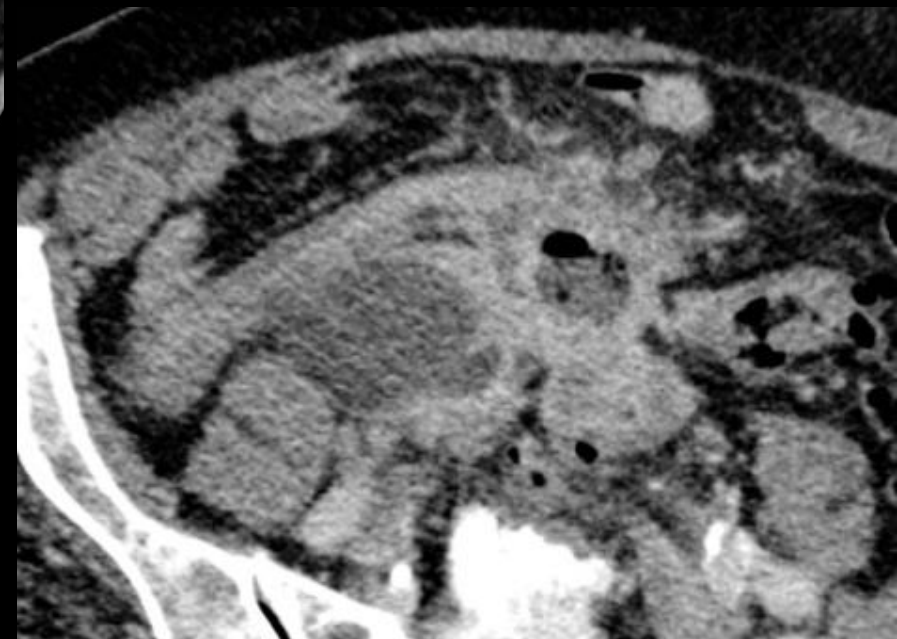
le scanner pratiqué montre une masse abcédée pelvienne médiane avec une structure digestive ne paraissant pas être le sigmoïde, adhérente à son pôle inférieur

Sur le plan théorique et sans tenir compte du contexte épidémiologique, on peut discuter une **origine digestive sigmoïdienne ou appendiculaire** et une **origine gynécologique** devant un abcès pelvien.

**A l'âge de notre patiente une infection génitale haute initiale apparaît bien peu probable** et l'hypothèse d'une diverticulite sigmoïdienne avec extension à l'annexe gauche est l'hypothèse la plus logique

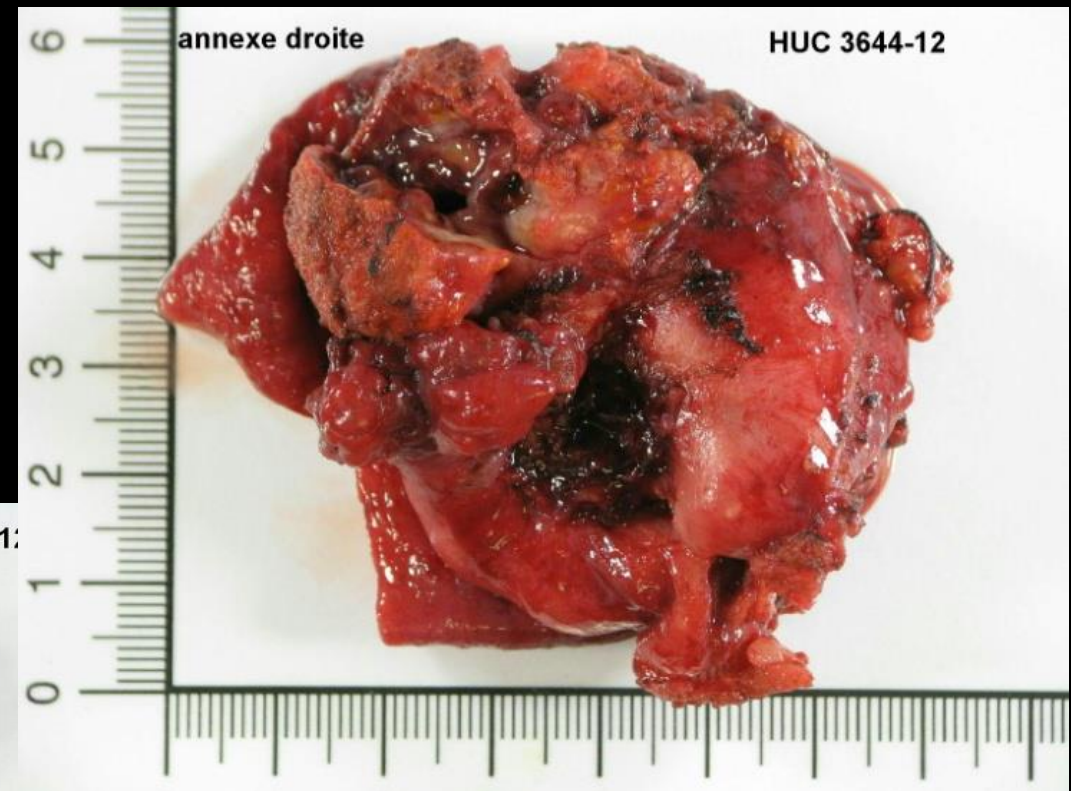
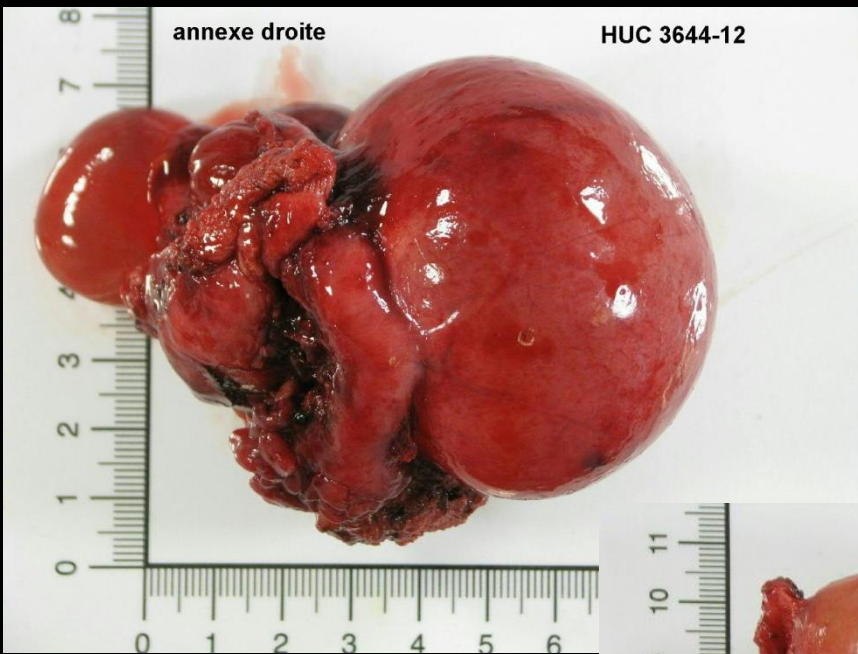
La patiente est opérée (hystérectomie avec annexectomie bilatérale) et le diagnostic opératoire du chirurgien est celui d'un abcès d'origine diverticulaire.

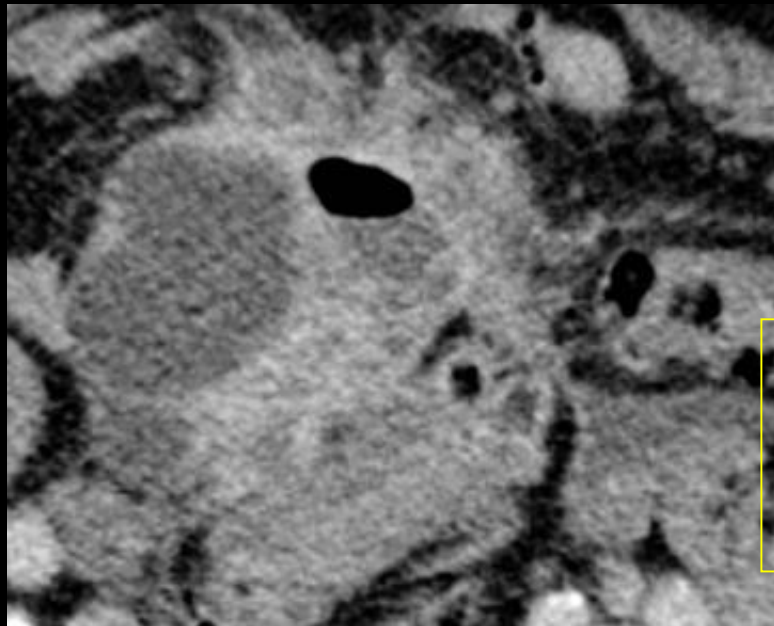
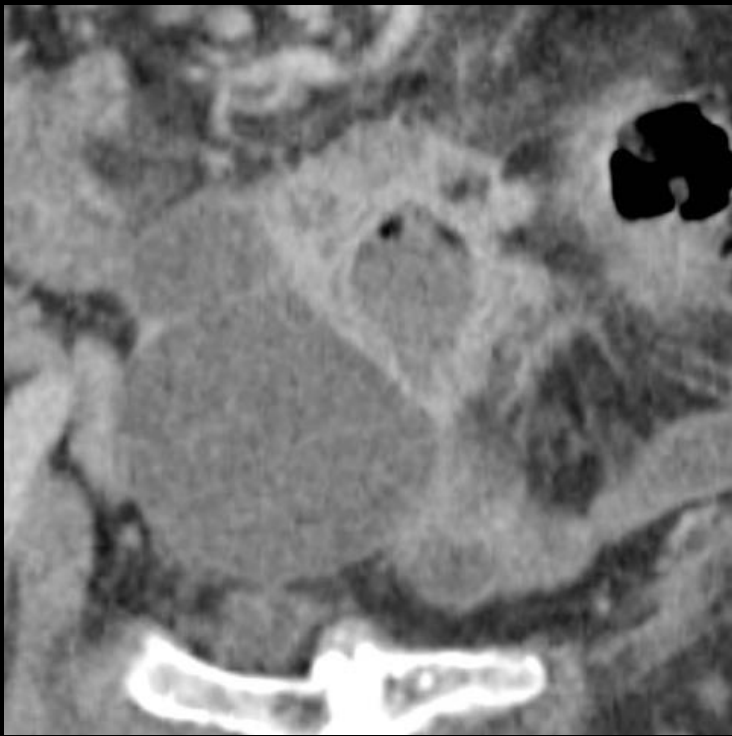
NB : une prise en charge "médicale" aurait pu ( du ?) être préférée



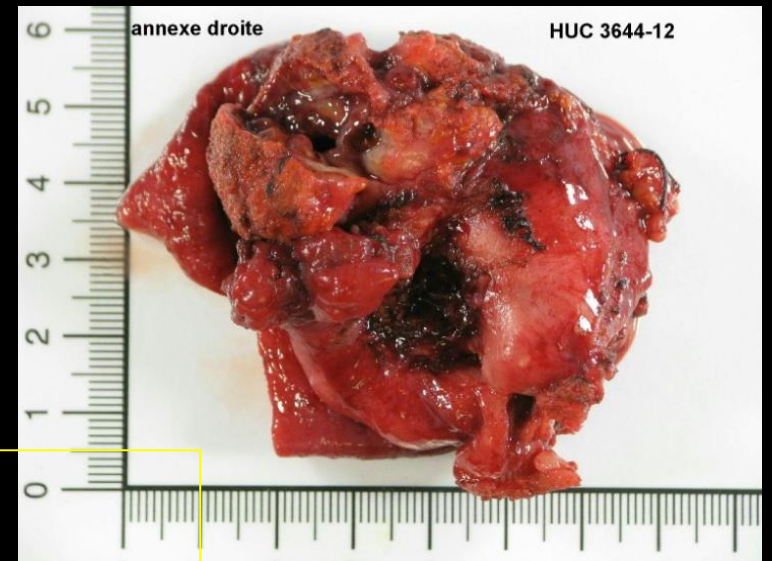
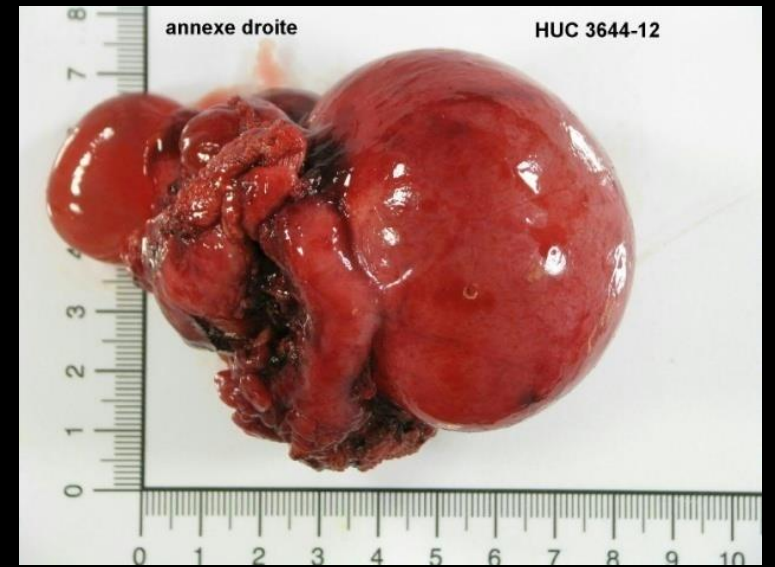


# anatomie pathologique macroscopique





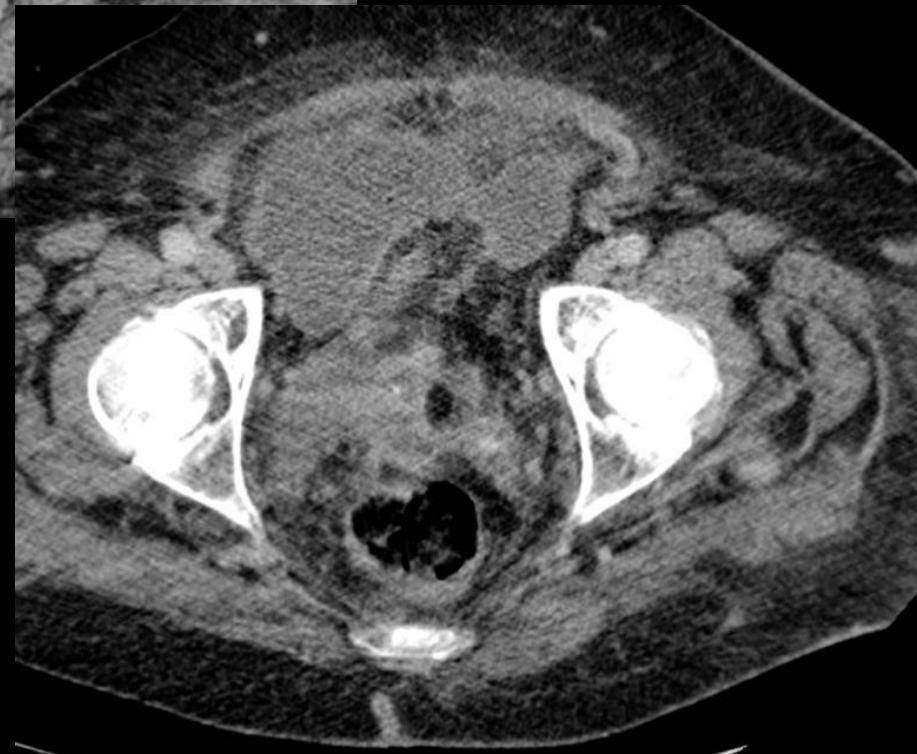
appendicectomie



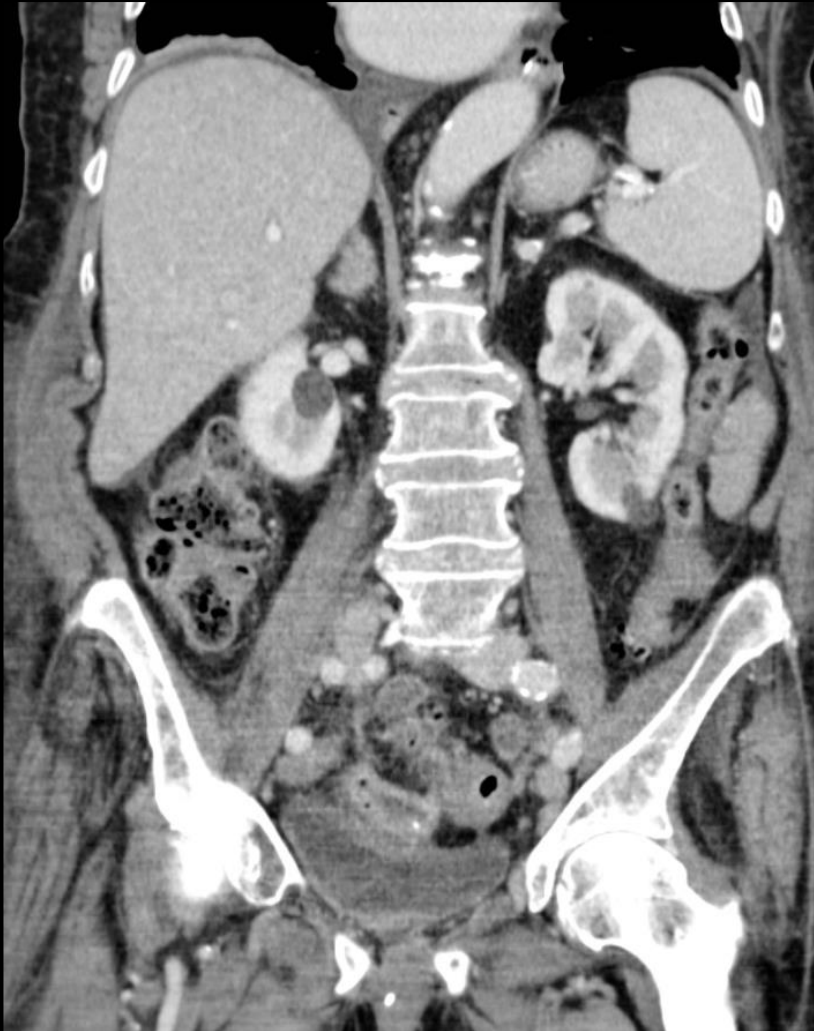
*ana-path microscopique :*  
*appendicite subaiguë perforée*



J 10 post op : volumineuse collection péritonéale abcédée



J 30 : régression sub totale des remaniements pelvi-péritonéaux



péritonite post-opératoire traitée par antibiothérapie efficacement



Appendicite:

Aspect dilaté de l'appendice avec paroi inflammatoire  
Infiltration de la graisse adjacente

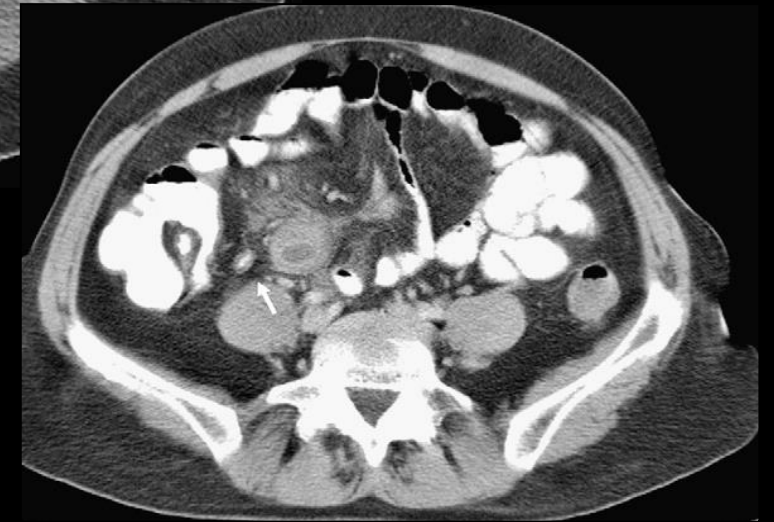


## Appendicites compliquées

Abcès péri appendiculaire

Perforation

Pelvi-péritonite "plastronnée"



Original Paper

### Differentiation between right tubo-ovarian abscess and appendicitis using CT—A diagnostic challenge

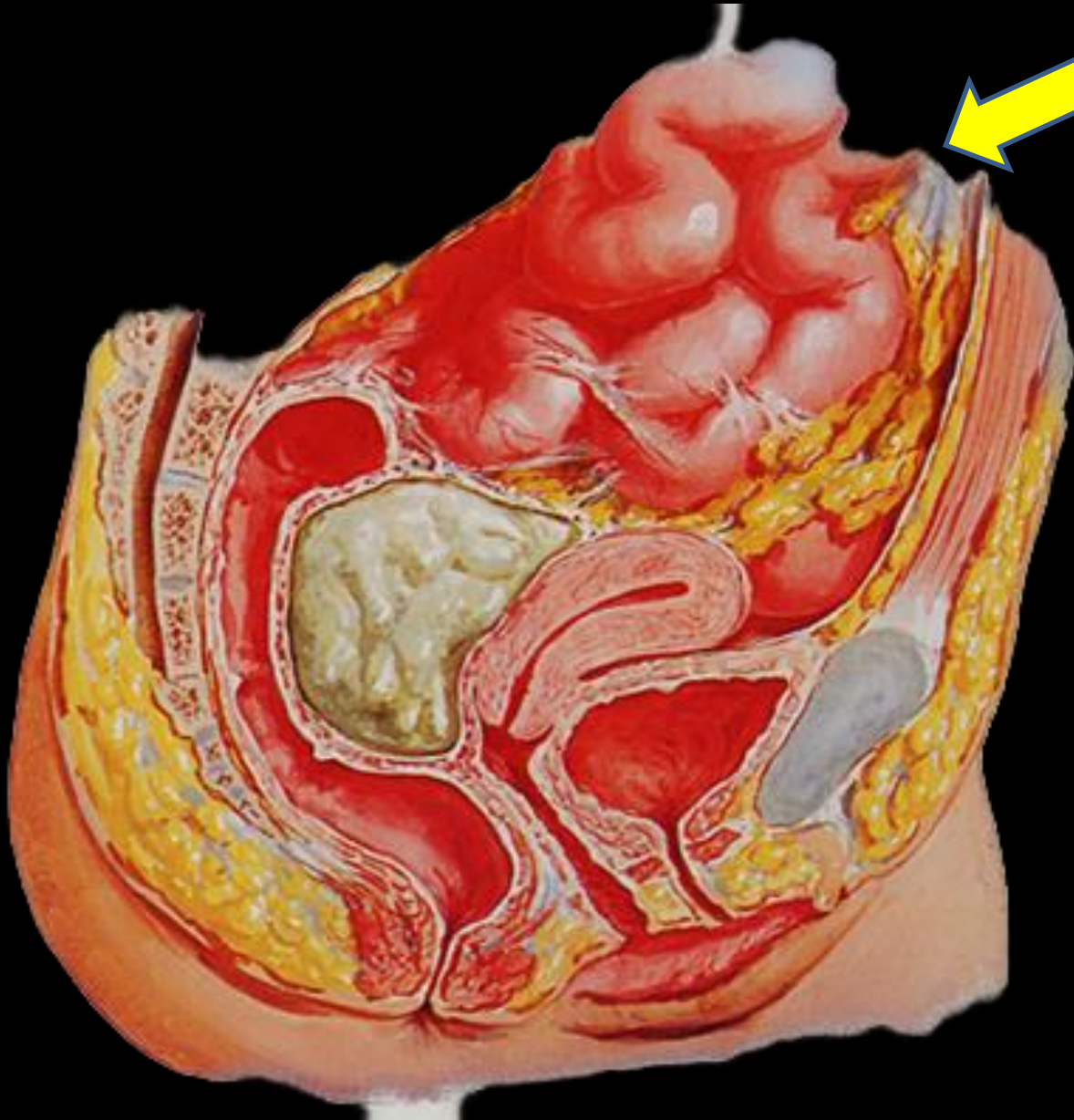
I. Eshed<sup>a,\*</sup>, O. Halshtok<sup>a</sup>, Z. Erlich<sup>b</sup>, R. Mashiach<sup>c</sup>, M. Hertz<sup>a</sup>, M.M. Amitai<sup>a</sup>,  
O. Portnoy<sup>a</sup>, L. Guranda<sup>a</sup>, N. Hiller<sup>d</sup>, S. Apter<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Diagnostic Imaging, The Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Sackler School of Medicine, Tel-Aviv University, Tel Aviv, Israel

<sup>b</sup> Computer Science Department, Open University, Tel Aviv, Israel

<sup>c</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, The Sheba Medical Center, Tel-Hashomer, Sackler School of Medicine, Tel-Aviv University, Tel Aviv, Israel

<sup>d</sup> Department of Radiology, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Mount Scopus, Israel



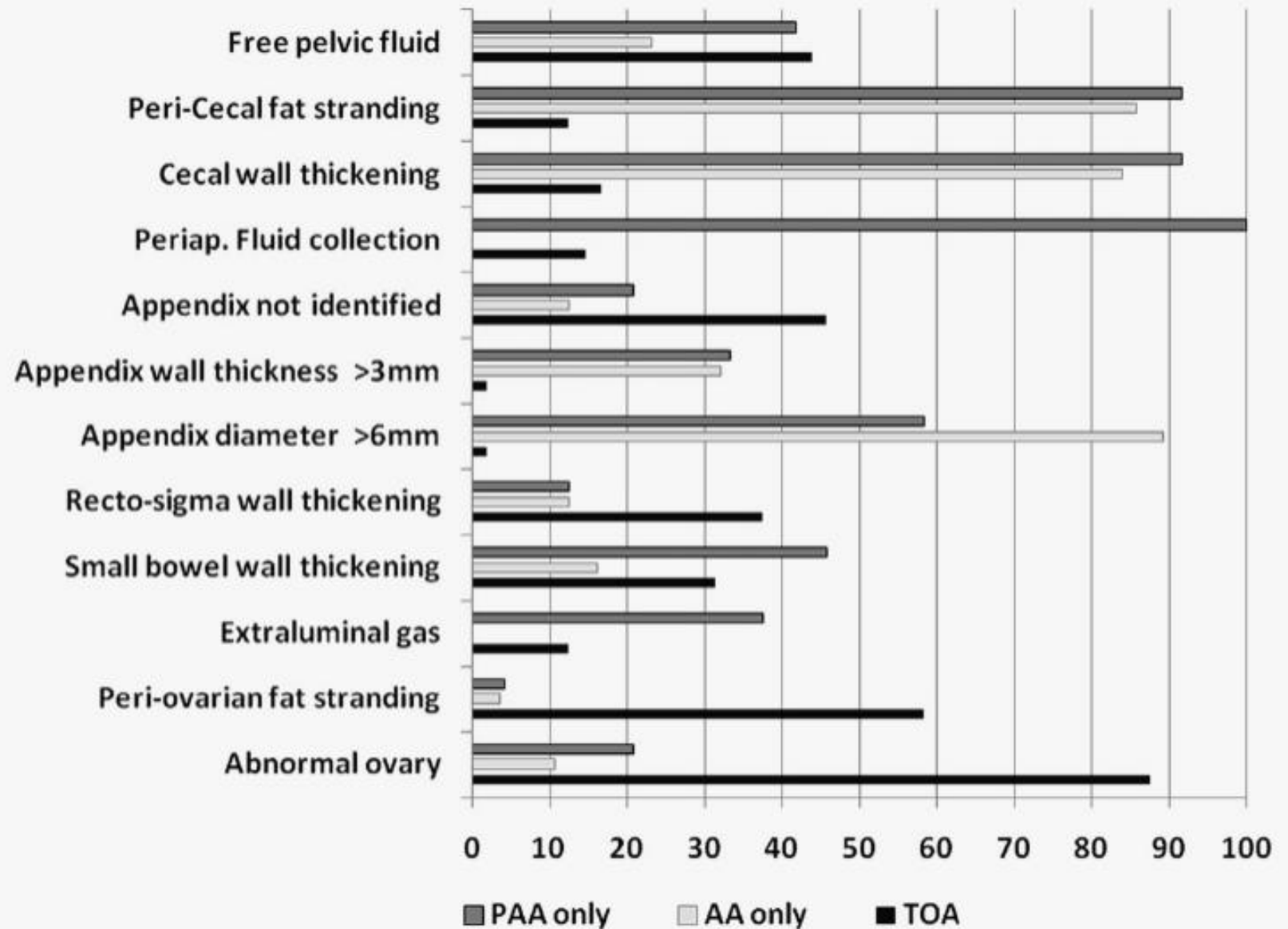
abcès pelvien compliquant une infection génitale  
(Chlamydia, gonocoque..; actinomycose si DIU)

une atteinte inflammatoire abcédée pelvienne chez  
une femme doit faire discuter principalement :

- une **origine génitale**
- une **origine digestive** sigmoïdienne ,  
appendiculaire, maladie de Crohn
- sont plus rarement en cause :
  - .les complications de la chirurgie gynécologique,
  - .les tumeurs utérines ou annexielles ,
  - .l'endométriose pelvienne profonde compliquée ....

# Abcès tubo-ovarien versus appendicite compliquée ;sémiologie scanographique

- Étude rétrospective: 48 patientes avec abcès tubo-ovarien (âge moyen de 39+/- 9 ans) et 80 patientes avec appendicite( âge moyen de 53 +/- 19 ans) dont 24 compliqués d'abcès
- Évaluation de 12 signes radiologiques





# Abcès tubo-ovarien versus appendicite compliquée ; sémiologie scanographique

- Les signes CT les plus fréquents dans l'abcès tubo-ovarien:

- Ovaire anormal 87 %
- Infiltration de la graisse péri-ovarienne 58%
- Epaississement de la paroi recto-sigmoïdienne 38%
- Caecum normal**
- 2% appendice pathologique
- 45% appendice non visualisé

- signes CT les plus fréquents dans les abcès d'origine appendiculaire.

- Caecum anormal 91%
- Infiltration de la graisse péricaecale 91%

CT sign	Clinical diagnosis
	TOA (n = 48)
Abnormal ovary <sup>a</sup>	42 (87.5%)
Peri-ovarian fat stranding	28 (58.3%)
Extraluminal gas	6 (12.5%)
Small bowel wall thickening	15 (31.3%)
Recto-sigmoid wall thickening	18 (37.5%)
Appendix diameter $\geq 6$ mm	1 (2%)
Appendix wall thickness $\geq 3$ mm	1 (2%)
Appendix not identified	22 (45.8%)
Peri-appendiceal fluid collection	7 (14.6%)
Caecal wall thickening	8 (16.7%)
Peri-caecal fat stranding	6 (12.5%)
Free pelvic fluid	21 (43.8%)

PAA, peri-appendicular abscess.

<sup>a</sup> Thickened, enhancing ovarian wall with fluid density.

<sup>b</sup>  $p < 0.01$ .

<sup>c</sup>  $p < 0.05$ .

## Au total

à côté des éléments sémiologiques scanographiques à prendre en compte pour l'orientation du diagnostic étiologique devant un abcès pelvien, les données épidémiologiques sont importantes puisque statistiquement significatives .

L'âge moyen des patientes porteuses d'un abcès pelvien d'origine gynécologique est de 38 ans versus 50 ans pour les abcès d'origine digestive et 56 ans pour les abcès d'origine sigmoïdienne (ces derniers étant 3 fois plus fréquents que les abcès d'origine appendiculaire ou que ceux compliquant une maladie de Crohn)

TOA Etiology	N TOAs (%)	Average age (y)
Pelvic inflammatory disease	21 (37)	38.6 (range, 12–53)
Gastrointestinal conditions	21 (37)	50.4 (range, 16–81) (significantly older than cases due to PID, $P < .005$ )
Diverticulitis (12)		56.6 (range, 37–81) (significantly older than those with PID, $P < .001$ )
Crohn's disease (5)		
Appendicitis (4)		
Gynecologic surgery	8 (14)	32.9 (range, 26–45)
Other	7 (12%)	50.6 (range, 26 to > 89)
Pyelonephritis (1)		
Endometriosis (3)		
Cervical cancer (1)		
Unknown (2)		
Total TOAs	57	

## Au total : abcès tubo-ovarien versus appendicite compliquée

Une des complications de la maladie inflammatoire pelvienne

Morbidité élevée

Diagnostic posé le plus souvent en échographie: en cas de doute (tableau atypique), scanner +/- IRM

Clinique: douleur abdominale, fièvre et syndrome inflammatoire