

appendicites aigues

Conférence externat 4 eme années

module: pathologie chirurgicale gastro entérologie

Centre Maherzi La Perrine le 16/2/2020

Dr Chibane

**Service de chirurgie oncologique « A »
Centre Pierre et Marie Curie.
Alger.**



Pourquoi étudier l'appendicite?

- Urgence.
- fréquente.
- Pathologie bénigne qui peut devenir grave.
- Diagnostic doit être rapide.
- Complications parfois mortelles.
- Traitement chirurgical.

- 1ere urgence en chirurgie digestive 80 000 appendicectomie par an en France.
- absence de parallélisme anatomo-clinique
→ problème de diagnostic fréquent
- **La chirurgie reste le traitement de référence**
- Population :
 - Pic de fréquence : 10 à 20 ans
 - Sexe ratio : 1 femme pour 1,4 hommes
 - Toutes les tranches d'âge

définition

appendicites



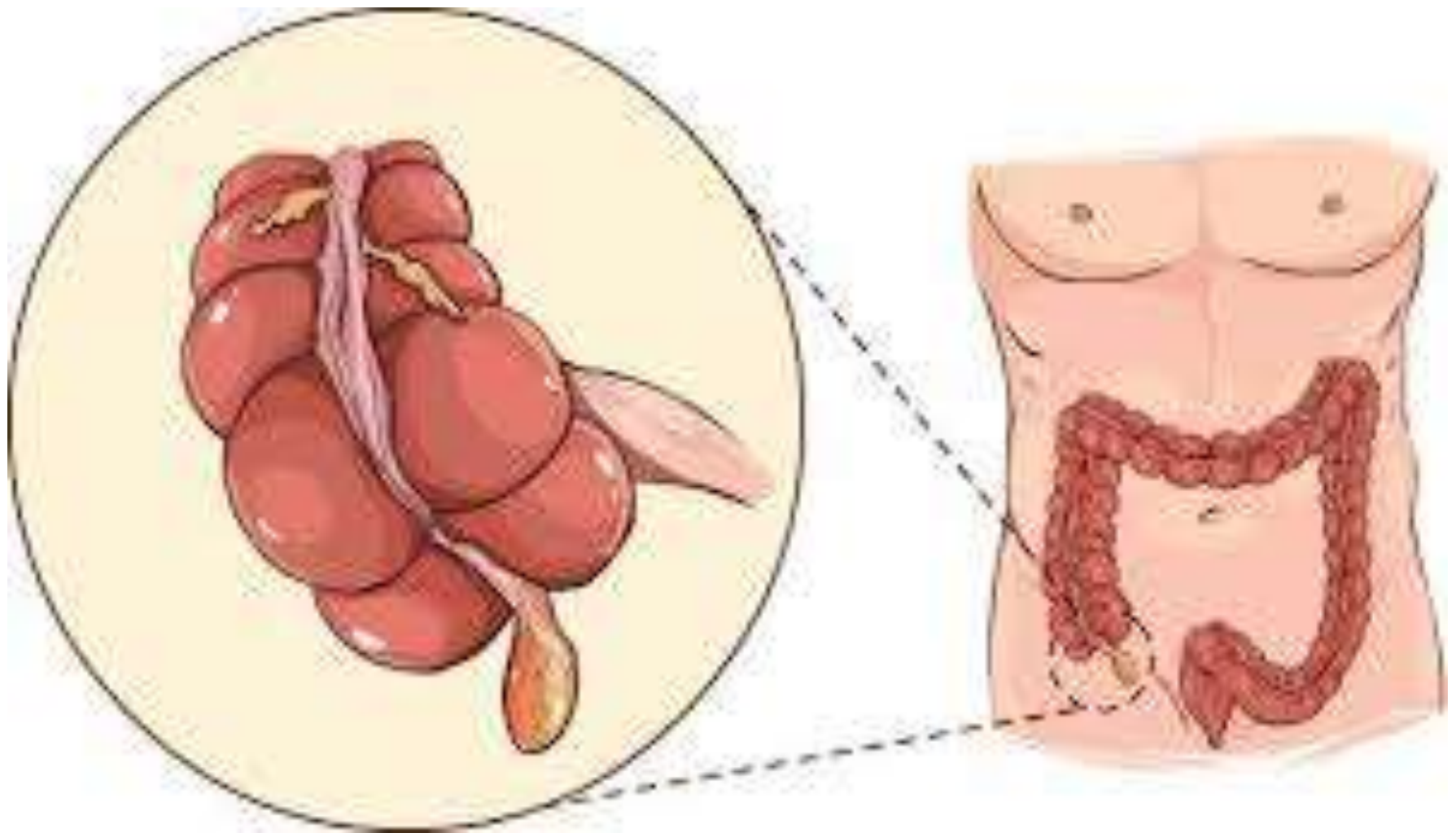
appendice



inflammation

inflammation ou infection aiguë de l'appendice

Anatomie de l'appendice



À quoi sert l'appendice?



Rôle de l'**appendice**

La fonction de l'**appendice** est inconnue. Celui-ci est considéré comme une relique de l'évolution ne jouant aucun rôle dans l'organisme. Cependant, des chercheurs ont émis l'hypothèse qu'il pourrait servir de réservoir à des bactéries bonnes pour le corps

Anatomie de l'appendice

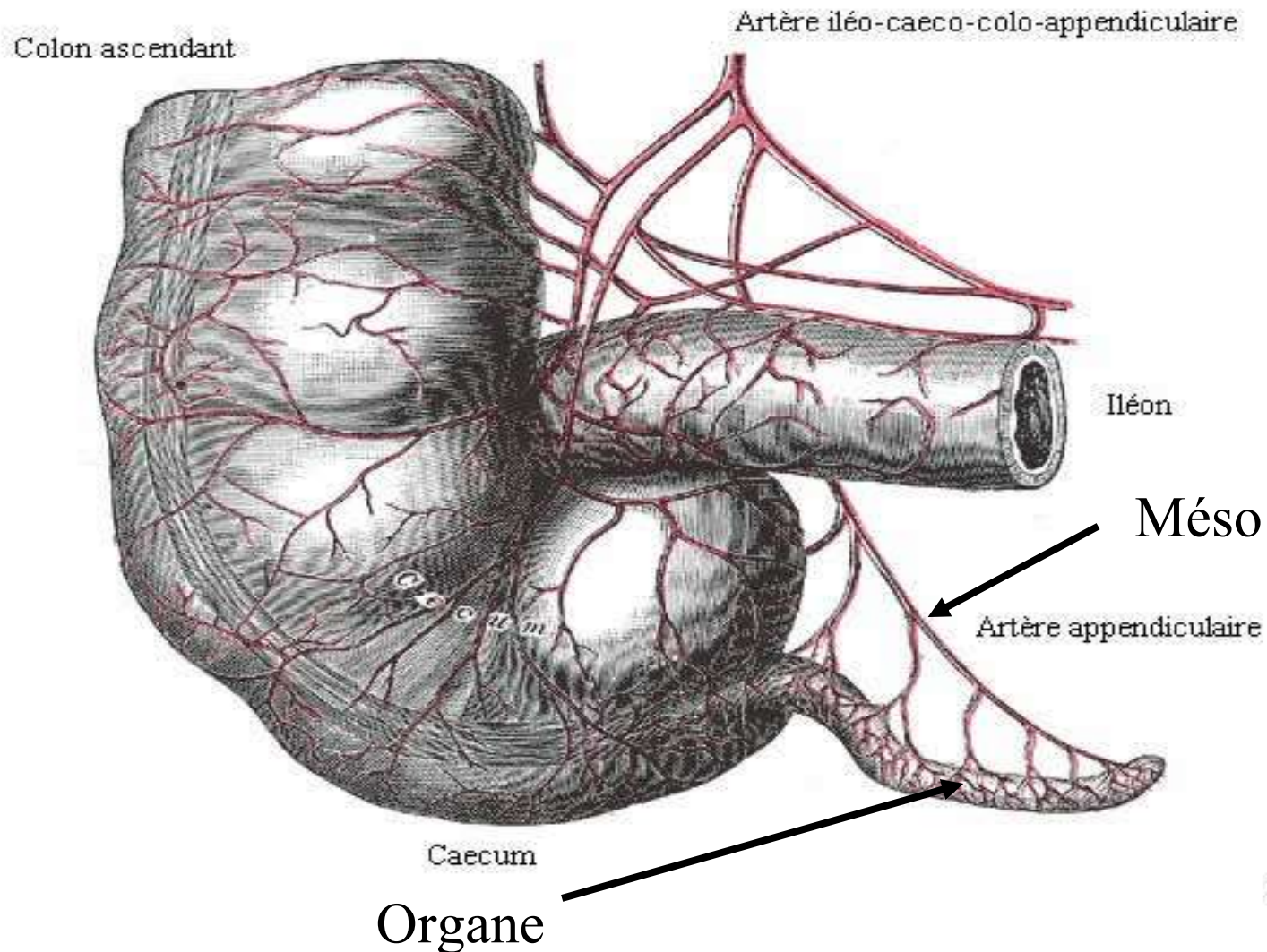
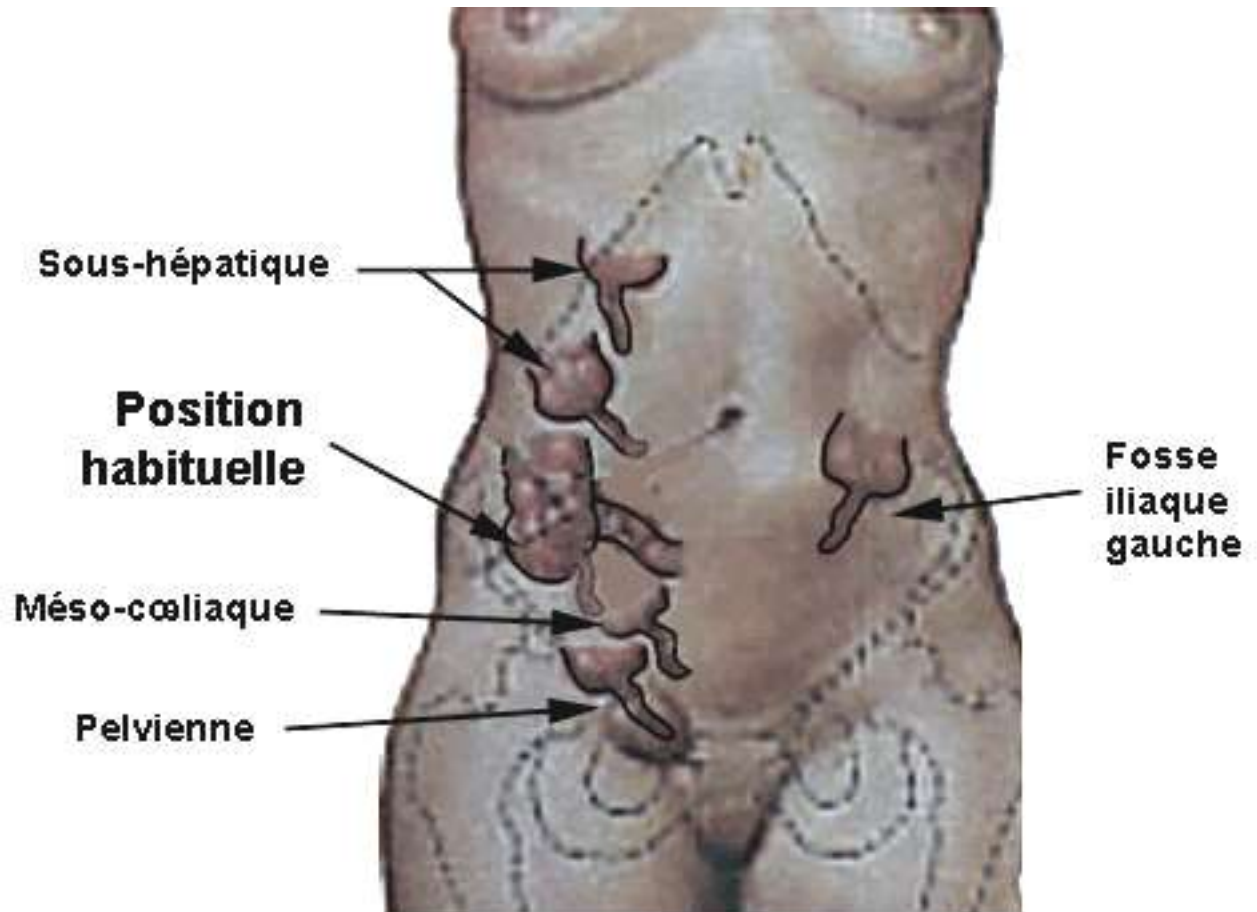
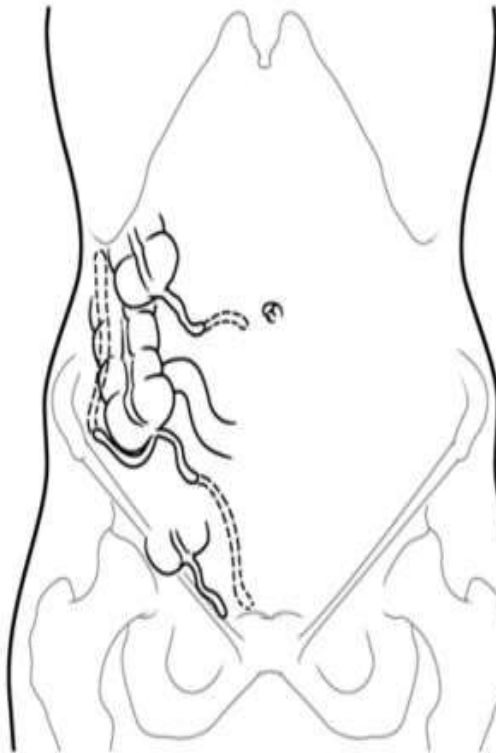


Figure 1

Anatomie de l'appendice

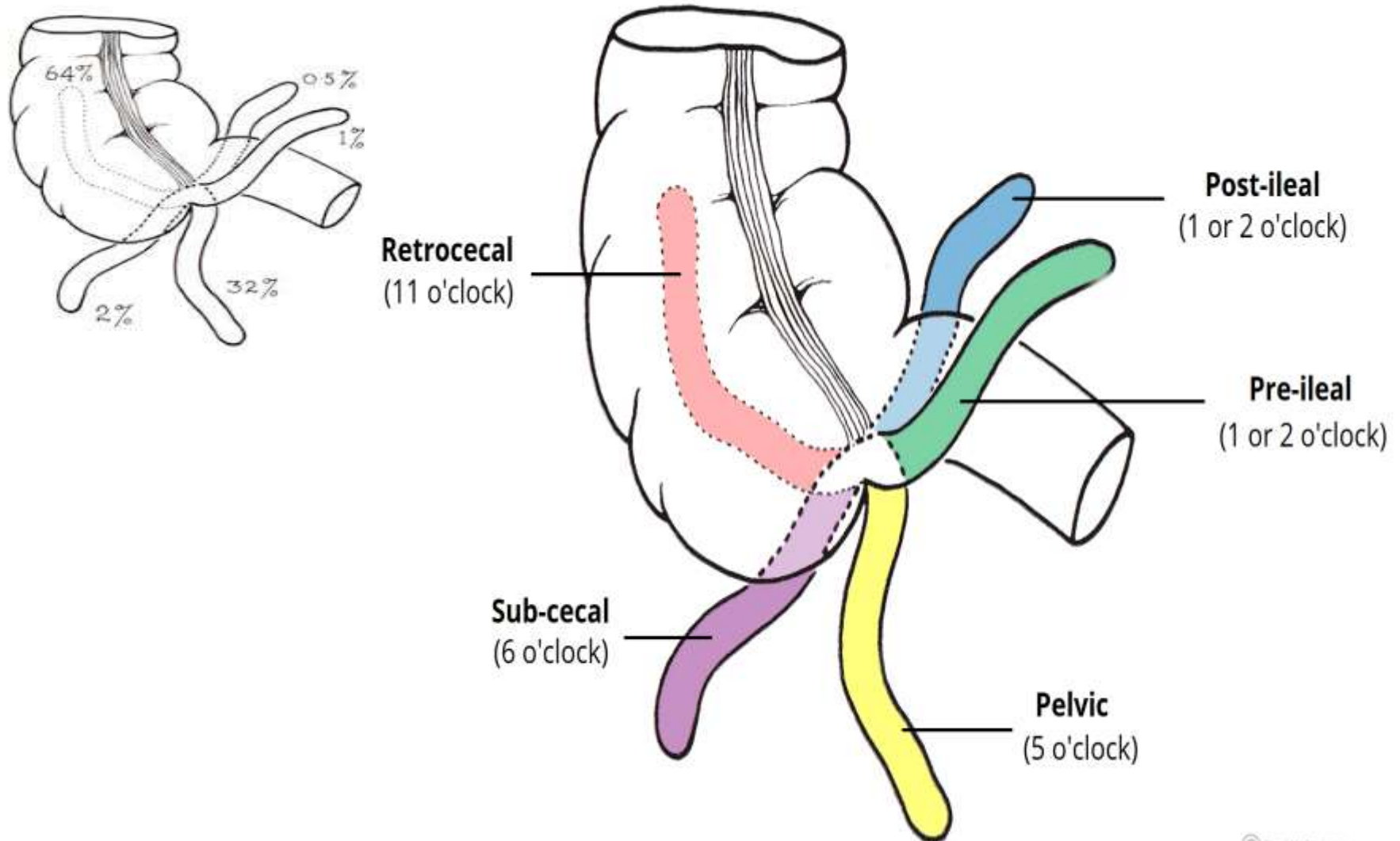
- Diverticule conique du caecum
- Siège: 2 à 3 cm sous la valvule iléo-caecale, appendu à son bord postéro-interne
- Taille: 7 à 12 cm de long
- Communication lumière appendiculaire et caecale
- Fonction: inconnue
- Nombreux follicules lymphoïdes Rôle Immunité?
- Suppression: sans conséquence

Variations anatomiques



Les différentes positions
du cæcum et de l'appendice

Variations anatomiques



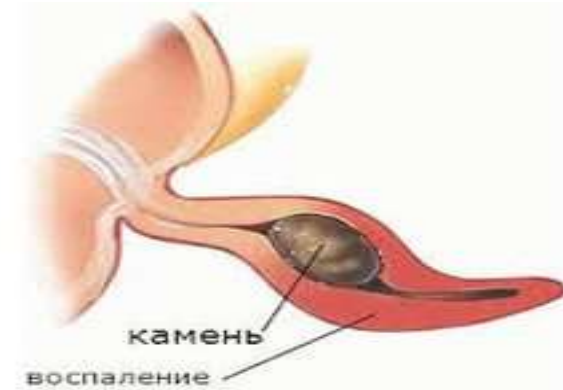
Variations anatomiques

- Siège de l'appendice modifié par:
 - ✓ Situation du caecum: sous- hépatique, iliaque, pelvien
 - ✓ Direction de l'appendice: péritoine libre, rétro caecale, mésocaeliaque
- PRESENTATIONS CLINIQUES VARIABLES!!!

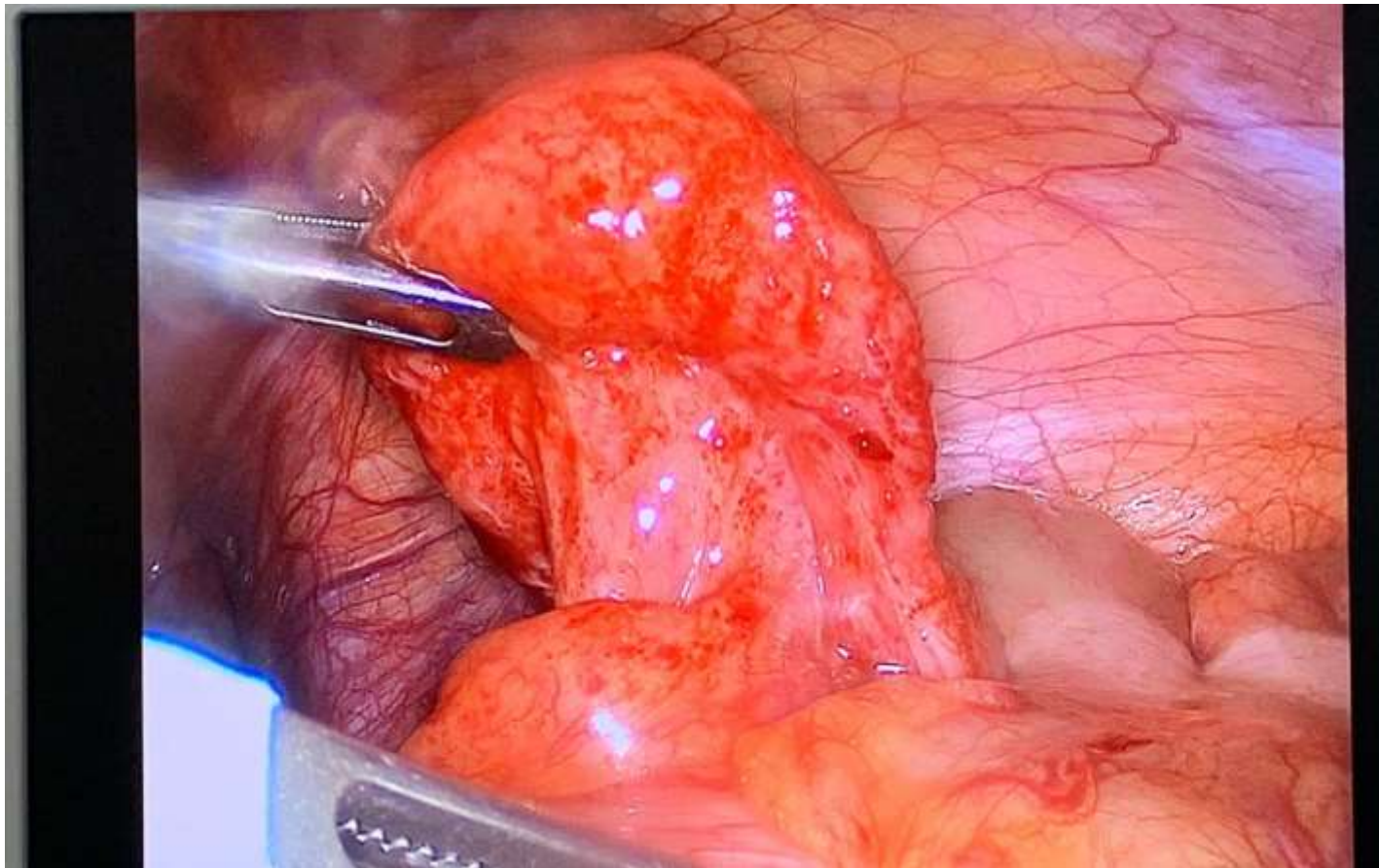
MEFIANCE +++++

PHYSIOPATHOLOGIE

- Obstruction lumière appendiculaire +++
 - stercolithe
 - parasite
 - corps étranger
- pression intra luminale
- pullulation microbienne
- inflammation pariétale : Appendicite catarrhales
 - pus intra-luminal
 - perforation cloisonnée: abcès appendiculaire
 - altération vascularisation pariétale: appendicite gangréneuse.



Appendicite catarrhale



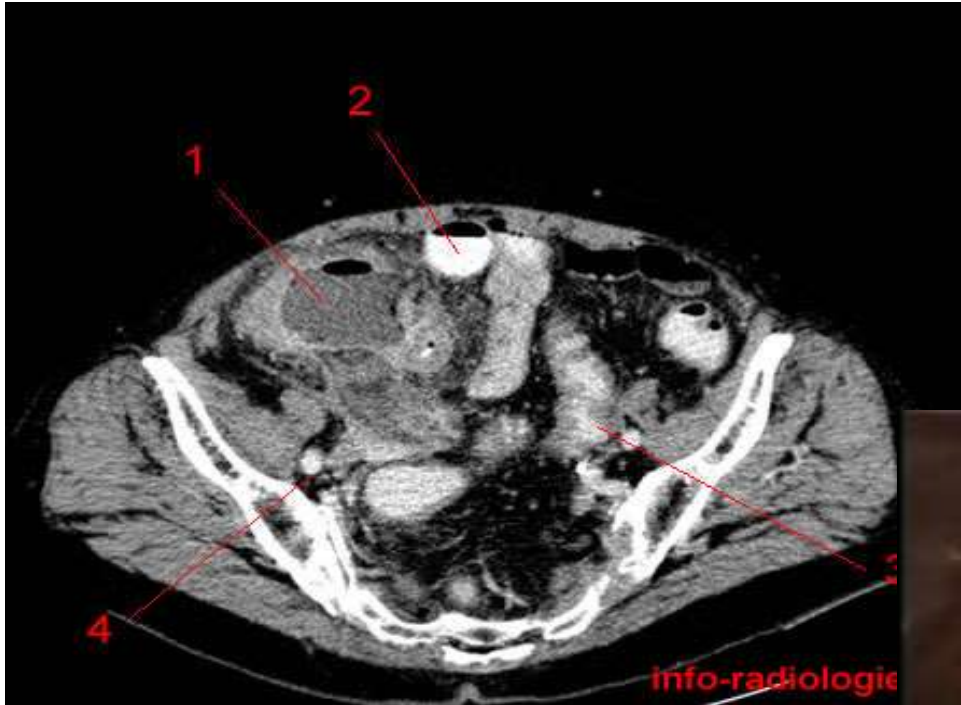
Pus intra luminal



Appendicite gangrenée



Abcès appendiculaire



péritonite



généralisée

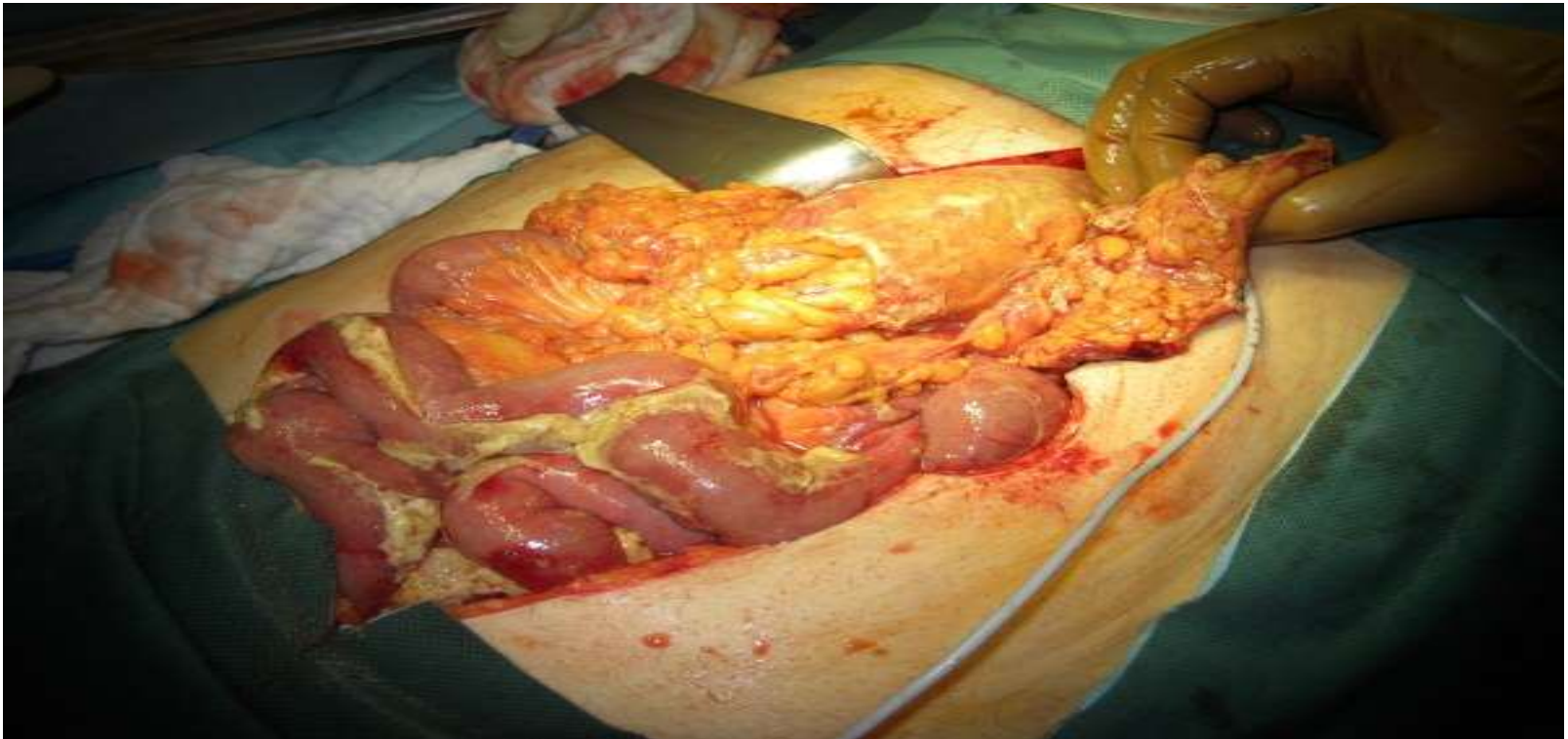
à toute la cavité péritonéale

localisée

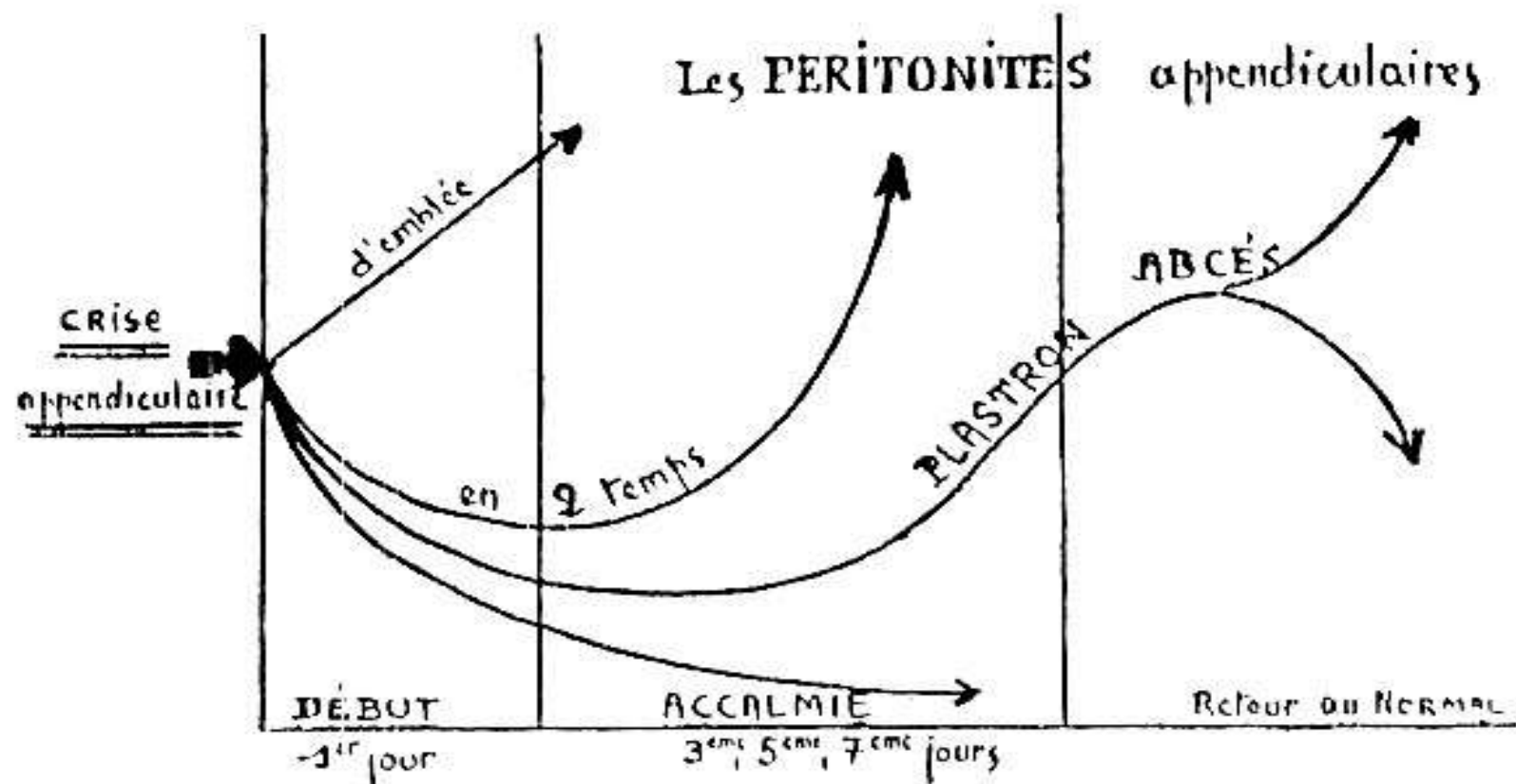
(au petit bassin, à une
région cloisonnée)
Pelvipéritonite

Péritonite appendiculaire

- Stade ultime: perforation appendiculaire
péritonite localisée voire **généralisée**



- rarement, évolution vers guérison spontanée
lésions cicatricielles sclérosantes: appendicite
chronique



- Les 4 évolutions schématiques

interrogatoire

- **Atcds**
- **prises médicamenteuses**
 - corticoïdes
 - AINS
 - Anticoagulants.
 - Antibiotiques?

Signes fonctionnels et généraux

- **-douleur abdominale aiguë**
 - ✓ spontanée
 - ✓ siège: fosse iliaque droite
 - ✓ fréquemment: début épigastrique
 - ✓ début progressif,
 - ✓ rarement brutal
 - ✓ constante
 - ✓ intensité variable
 - ✓ +/- soulagée par flexion de la cuisse « psoïtis »
- **-signes associés:**
 - ✓ anorexie,
 - ✓ nausées,
 - ✓ vomissements,
 - ✓ constipation ou diarrhée
- **-signes généraux:**
 - ✓ $38^{\circ}\text{C} < \text{fièvre} < 38,5^{\circ}\text{C}$
 - ✓ état général conservé sauf complications (abcès, péritonite)



Examen clinique

- Abdomen plat le plus souvent
- Langue saburrale
- érythrose pommettes
- douleur provoquée et défense en FIDt++++
- Douleur à droite au TR



BLUMBERG

- Signe « Blumberg »: palpation FID suivie d'une décompression brutale → douleur

ROWSING

- Signe « Rowsing »: douleur en FID provoquée par la palpation de la FIG

PSOITIS

Flexion contrariée de la cuisse
droite → douleur FID



Que faire après?
Quels examens demander ?

hémocultures

TDM

ASP++

échographie

FNS

biologie

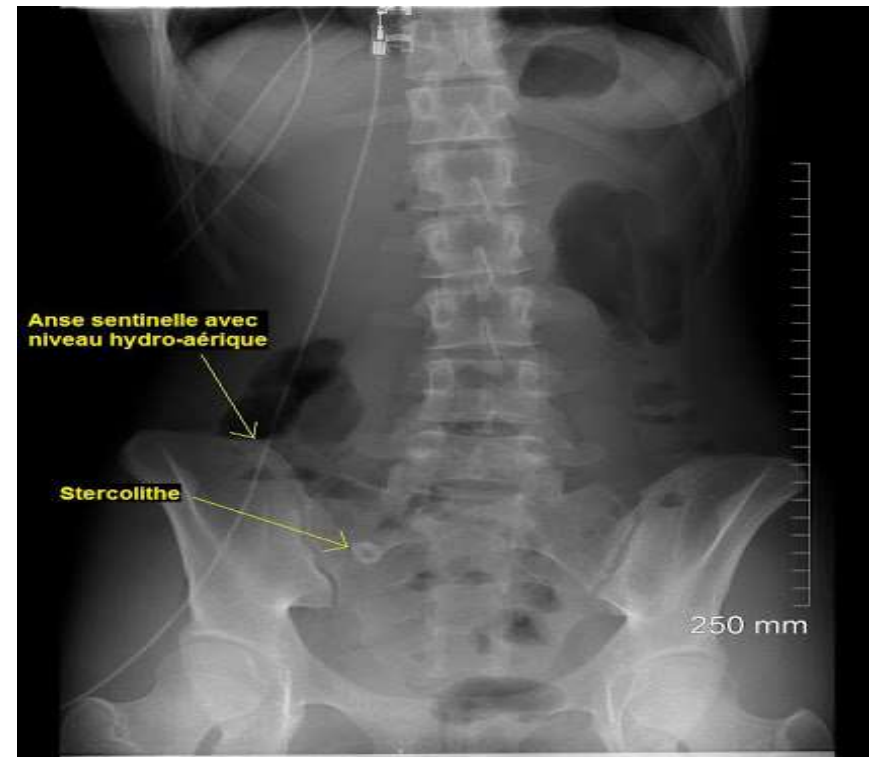
- Confirme l'infection
 - Hyperleucocytose à la FNS
 - Décharge bactérienne (**hémoculture** aux pic T°)
- Adapte la réanimation
 - Déshydratation.
 - Trouble électrolytiques.
 - Insuffisance rénale.

Radiologie standard :ASP

(face, debout, couché, coupoles)

examen inutile RPC « appendicite » SNFGE 2001

- anse sentinelle (NHA dernière anse grêle)
- Stercolithe
- complications: OIA



Ecographie abdominopelvienne

épaississement appendice > 6mm

Signe de la « saucisse »

Image en « cocarde »

opérateur et matériel dépendant; sens et spéc +/-

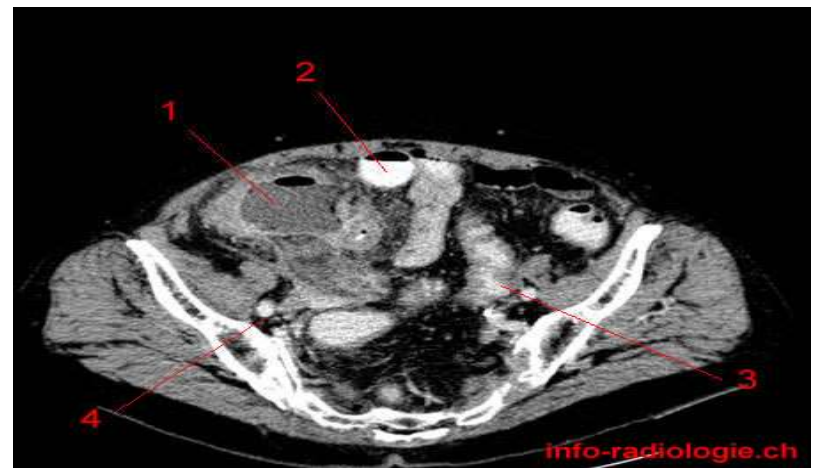
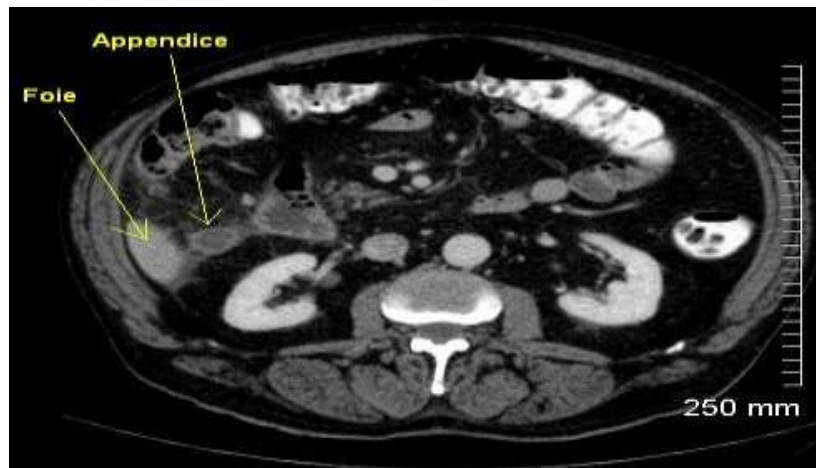
femme: diagnostic différentiel +++



Imagerie TDM

l'examen plus performant **écarte doute diagnostic**

- problème de disponibilité et de cout
- épaissement appendice > 6 mm
- infiltration périappendiculaire
- épanchement liquidien
- complications: abcès, péritonite...



Diagnostic positif en résumé

- ***3 signes cliniques:***
 1. douleur abdominale FIDt
 2. douleur aigue au TR
- ***1 signe radiologique:***
échographie
- ***1 signe biologique:***
hyperleucocytose neutrophile

Evaluer la gravité

- **Évaluation:**
 - Clinique
 - Biologique
 - Radiologique
- **But:**
 - Adapter la réanimation
 - Corriger les troubles
 - Préparer le geste chirurgical.

Formes compliquées

PLASTRON APPENDICULAIRE:

- appendicite aiguë « vieillie » non traitée - cloisonnement de l'appendice inflammatoire par agglutination d'anse souvent:
 - ☐ diminution progressive des douleurs
 - ☐ examen: « empâtement » FIDt, +/- masse
 - ☐ trouble du transit associés fréquents
 - ☐ évolution spontanée: guérison ou abcès
- si diagnostic certain: antibiothérapie; appendicectomie secondairement

complications

- **ABCES APPENDICULAIRE:**
- collection cloisonnée en FIDte
 - Douleur intense, lancinantes
 - iléus réflexe
 - Défense+++,
 - masse douloureuse au TR
 - AEG marquée,
 - fièvre constante, svt $>38,5^{\circ}\text{C}$
 - TDM+++

complications

PERITONITE APPENDICULAIRE:

- diffusion du processus infectieux à la cavité péritonéale
 - -UN TEMPS: perforation appendiculaire d'emblée
 - -DEUX TEMPS: tableau appendicite, svt accalmie trompeuse, puis perforation
 - -TROIS TEMPS: appendicite → abcès → rupture abcès
 - DOULEUR INTENSE, GENERALISEE,
 - CONTRACTURE+++
 - Douleur CSD,
 - Fièvre+++,
 - AEG+++,
 - hyperleucocytose+++
 - Parfois: état de choc septique

Imagerie: classiquement pas de pneumo; épanchement ++ -
URGENCE CHIRURGICALE

Tableau clinique d'une péritonite appendiculaire

C'est souvent **un jeune**

Dans les formes en deux temps, le diagnostic d'appendicite aiguë n'a pas été fait, parfois masqué par **un Trt antibiotique**.

• **La douleur intense débute souvent dans la FID.** Elle se généralise vite à tout l'abdomen.

• Respiration brève. Abdomen immobile. **Faciès terreux,**

L'examen doux dévoile **la contracture**. Le maximum de la douleur est à

droite. Surtout, la fièvre, est présente, le pouls est rapide, la TA est pincée.

Le malade est choqué. **Le Douglas, au TR est très douloureux**

formes Selon le terrain

APPENDICITE DU VEILLARD:

- Évolution subaiguë, signes frustrés
- Retard diagnostique fréquent
- Parfois: tableau occlusion fébrile avec AEG
- ? ≠/: cancer colique droit compliqué

APPENDICITE DU NOURISSON ET DE L'ENFANT :

- rare avant 2-3 ans
- parfois gravissime → évolution rapide
- vigilance: anorexie, vomissement, fièvre, trouble transit !!

Formes topographiques

APPENDICE RETROCAECAL

TOPOGRAPHIE: rétropéritoin

☐ ≠/: Pyélonéphrite

Psoïtis+++

APPENDICE MESOCAELIAQUE

appendice fixé au milieu des anses grêles

Occlusion fébrile, rarement diarrhées

parfois: Fidte non douloureuse

APPENDICE GAUCHE

Malrotations mésentériques, situs inversus; RARE+++

Formes topographiques

- APPENDICE PELVIEN
 - appendice fixé au rétropéritoine
 - Symptômes urinaires +/- gynéco fréquents+++
 - touchers pelviens douloureux
- APPENDICE SOUS HEPATIQUE
 - ? ≠: Cholécystite aiguë
 - Importance des examens d'imagerie pour rétablir le diagnostic
- APPENDICE HERNIAIRE: HERNIE DE LITTRE
 - Appendice piégé dans une HID, simulant une hernie étranglée

Diagnostic différentiel

- TUMEURS APPENDICULAIRES
 - Type: carcinoïde, mucocèle appendiculaire, ADK
 - Intérêt nécessité ANAPATH pièce RPC « appendicite » SNFGE
- AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES
 - Salpingite, GEU, rupture kyste ovarien -bHCG, échographie pelvienne
- AFFECTIONS UROLOGIQUES
 - CN Dte, pyélonéphrite aiguë
 - BU, échographie abdominale

Diagnostic différentiel

- **adénolymphite mésentérique**: surtout chez l'enfant, fréquemment post infection virale récente; ADP inflammatoires en Fide
- **Iléite**: crohn, infectieuses; contexte anamnèse, TDM
- **Gastroentérite**
- **cancer** caecum
- **diverticulite** colon droit
- **Diverticule Meckel** infecté



Comment traiter une appendicite?

- ✓ Corriger les conséquence physiopathologiques .
- ✓ Assurer la disparition de la contamination bactérienne .
- ✓ Evacuer le pus et les substances étrangères.
- ✓ Assurer un drainage efficace de la cavité péritonéale si nécessaire

le traitement médical

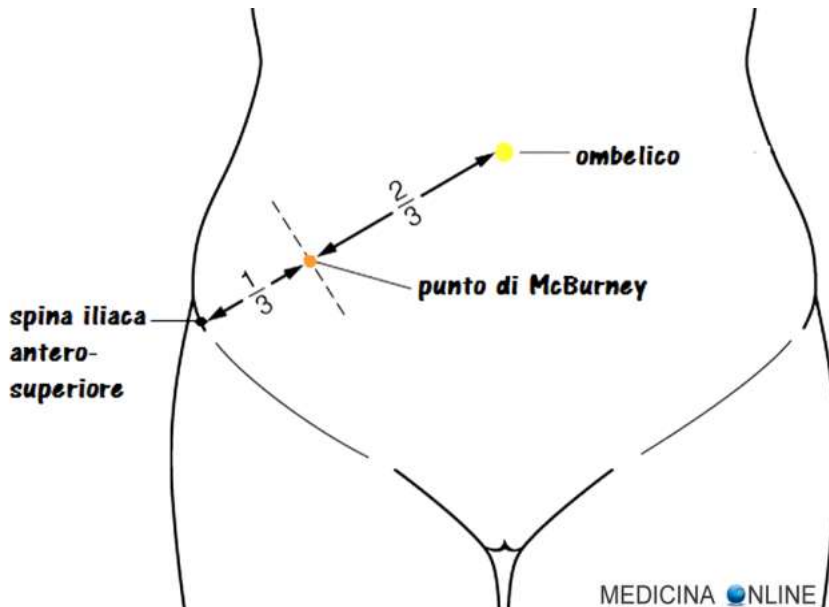
- ✓ **Corriger les troubles circulatoires**
- ✓ **Corriger les troubles respiratoires**
- ✓ **Corriger la défaillance rénale**
- ✓ **Corriger les troubles de l'hémostase**
- ✓ **Corriger les troubles métaboliques**
- ✓ **Corriger la défaillance nutritionnelle :**
- ✓ **L'antibiothérapie**

La chirurgie

Voies d'abord

L'incision mac burney

La coelio-chirurgie : de plus en plus réalisée.



TEMPS OPERATOIRES

identiques quelle que soit la voie d'abord

- Exploration: confirmation du diagnostic
- Ligature du méso appendiculaire
- Ligature de la base appendiculaire
- Appendicectomie; pièce en ANAPATH+++



La chirurgie de la peritonite

Exploration et toilette péritonéale :

prélèvement bactériologique

évacuer le pus et les débris nécrotiques ainsi que les fausses membranes.

veillez à ne pas provoquer d'autres lésions

exploration complète de cavité péritonéale, sans oublier le cul de sac de Douglas, les espaces sous phréniques, et l'arrière cavité des épiploons.



Post op

- CLINIQUE+++ (RPC « appendicite » SNFGE 2001) -
Sortie autorisée si:
 - ↯apyrexie,
 - reprise transit,
 - examen abdominal normal ↯
 - pas de durée minimum de surveillance (2-5j)
- **informer patient risque complications avant sortie**
- Pas d'examens complémentaires pour la surveillance
- Pas de prévention des MTEV sauf si facteurs de risques
- Ordonnances: soins de paroi, antalgiques, AT si besoin

Complication post op

- IMMEDIATES

- Abscès de paroi
- Abscès intra-abdominal: CSD, FIDte
- Fistule moignon appendiculaire
- Hémorragie post-opératoire
- Syndrome du 5ème jour

- A DISTANCE

- Occlusion sur bride
- Rarement: éventration

conclusion

Tout médecin quelque soit sa spécialité doit impérativement faire le diagnostic de l'appendicite dans les plus brefs délais ,car les conséquences d'un retard de la prise en charge sont le plus souvent fatales.

Merci pour votre attention