

APPENDICITES

AIGUES

Service de Chirurgie Générale

CHU de setif
DR BENMOUMA



DEFINITION

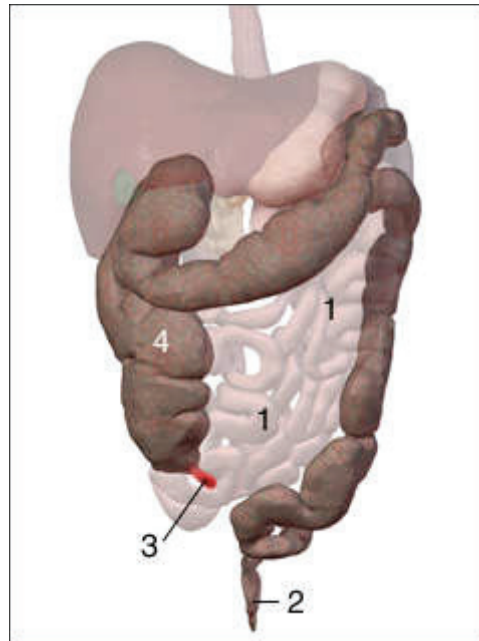
- *C'est l'inflammation aiguë de l'appendice iléo-coecal*
- *la plus fréquente des urgences chirurgicales.*

- 3 faits la caractérisent:
 - *absence de parallélisme anatomo-clinique*
 - *polymorphisme clinique*
 - *évolution imprévisible*

INTERET DE LA QUESTION

1. C 'est **l'urgence abdominale** la plus fréquente.
2. Elle se voit dans les 2 sexe et a tt âge, avec prédominance avant 30 ans.
3. diagnostic est essentiellement **clinique**.
l'échographie et le **scanner abdominal** sont utiles devant un doute dgc.
4. Relativement grave par ses cpc .
5. Le traitement est **chirurgical** (urgence+++).
6. Le pronostic est généralement **bon**.

RAPPEL ANATOMO- PATHOLOGIQUE



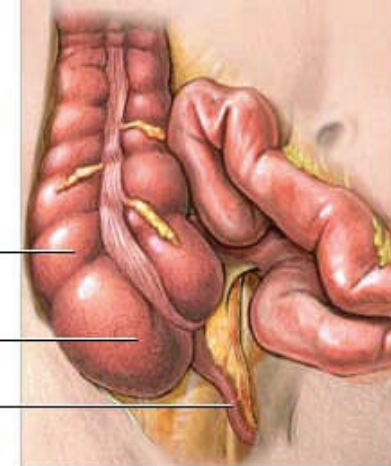
Côlon gauche ou ascendant



Intestino grueso

Ciego

Apéndice

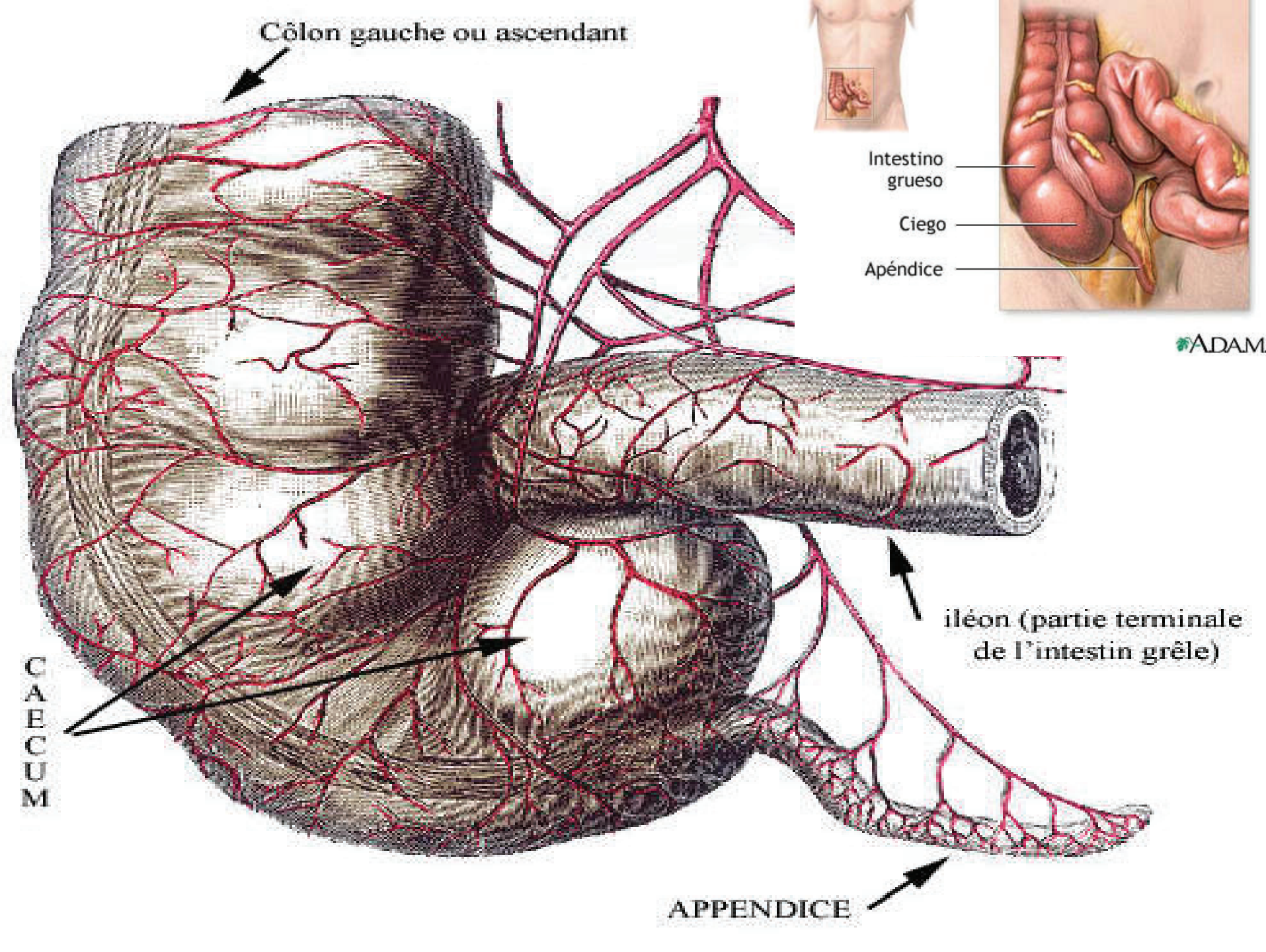


ADAM.

CAECUM

iléon (partie terminale de l'intestin grêle)

APPENDICE



- L'appendice est un tube flexueux de longueur très variable .
- Il est descendant et normalement situé *en dedans du coecum*
- L'embryologie explique les ***défauts de rotation et d'accolement du colon, permettant d'expliquer les variations de position du coecum.***
- L'appendice affecte, en plus, des positions différentes par rapport au coecum. L'appendicite pouvant être:
 - ***latéro-coecale interne***
 - ***rétro-coecale***
 - ***sous-hépatique***
 - ***méso-coeliaque***
 - ***pelvienne***

Pathogénie:

- L'infection se fait selon 3 modes:

Par voie hématogène

Par voie endogène +++

Par contiguité



++ 1/Obturation = mécanisme le plus fréquent

Germes intestinaux
(amas lymphoïdes
sous-muqueux → stase)

Corps étrangers
(ex : pépins noyaux)

**Hypertrophie
Lymphoïde**

Parasites
(ex : oxyures)

**Phénomènes
Inflammatoires
ou vasculaires**



1/Obturation lumière + persistance **sécrétion muqueuse**



Augmentation **pression
Intra-luminale**

+ surinfection
(colonisation par des germes coliques)

Ulcération muqueuse

Inflammation paroi

Perforation

Diffusion de l'infection

Atteinte appendiculaire

```
graph TD; A[Atteinte appendiculaire] --> B["(-) 2/ Voie hématogène"]; A --> C["(+ ) 3/ par contiguïté"]
```

(-) 2/ Voie hématogène

Porte d'entrée **à distance**

Les germes gagnent l'appendice
par voie sanguine.

(+) 3/ par contiguïté

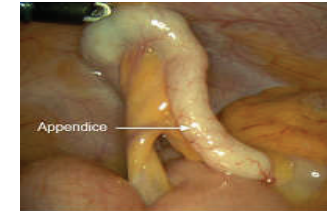
A partir d'un

foyer infectieux **de voisinage**.

(gynécologique ++ ou sigmoïdien)

Etude anatomo-pathologique:

- Appendicite catarrhale
- Appendicite abcédée
- Appendicite phlegmoneuse
- Appendicite gangrénée



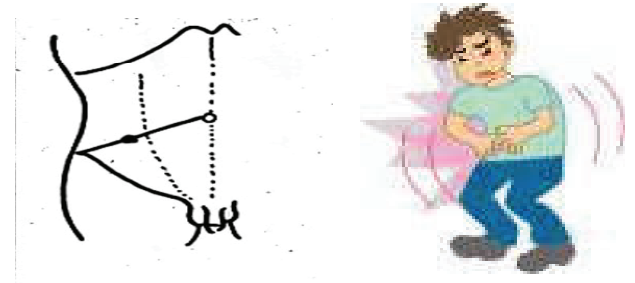
FORME CLINIQUE CLASSIQUE



le diagnostic de la forme clinique franche, latéro-coecale interne de l'adulte jeune, est essentiellement clinique +++

- **Douleur de la fosse iliaque droite (FID):**

- à type de déchirure, crampes, torsion, évoluant par à-coups, (suivie d'accalmies) et pouvant irradier vers l'ombilic
- (+++) **débutant volontiers au milieu de l'épigastre pour migrer vers la fosse iliaque droite**
- accompagnée de **nausées, vomissements ou troubles du transit**

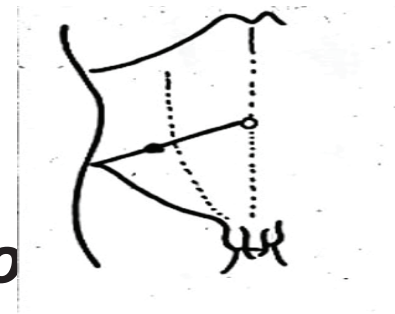


- **La fièvre:**

- en général modérée (38°). Elle commence à grimper lorsque le tableau s'aggrave: **au-delà de 39°, c'est une complication**

- **LA PALPATION: +++**

- . ***Douleur provoquée***, nette, précise et vive dans la FID, au point de Mac Burney qui est situé a la jonction 2/3 internes – 1/3 externe de la ligne reliant l'ombilic à l'EIAS



- . ***Défense pariétale***

- . Douleur à la décompression de la FID (***Blo***

- . Douleur FID lors de la palpation de la FIG (***Rowsing***)

- **LES TOUCHERS PELVIENS:** (+++)douleur à droite et Douglas

EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

- Biologie:

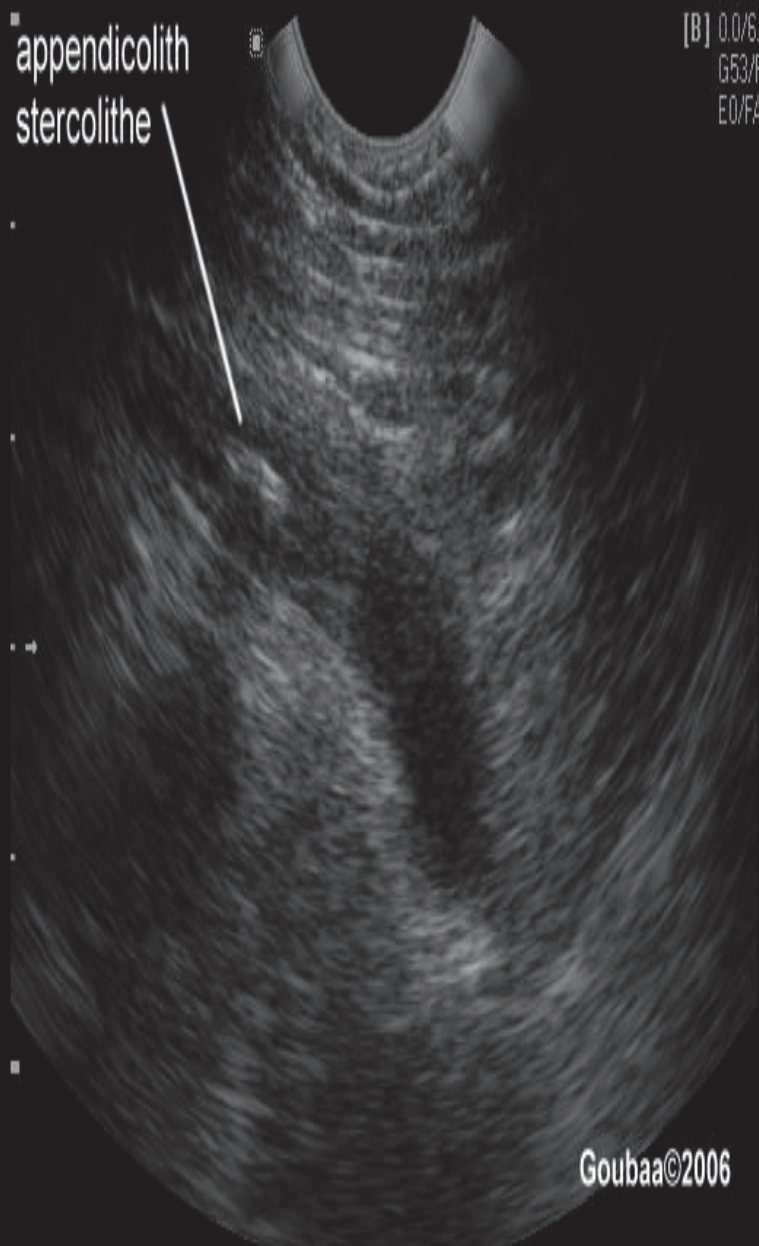
- *hyperleucocytose avec neutrophylie et CRP (+++)*
VS accélérée

- L'abdomen sans préparation (ASP):

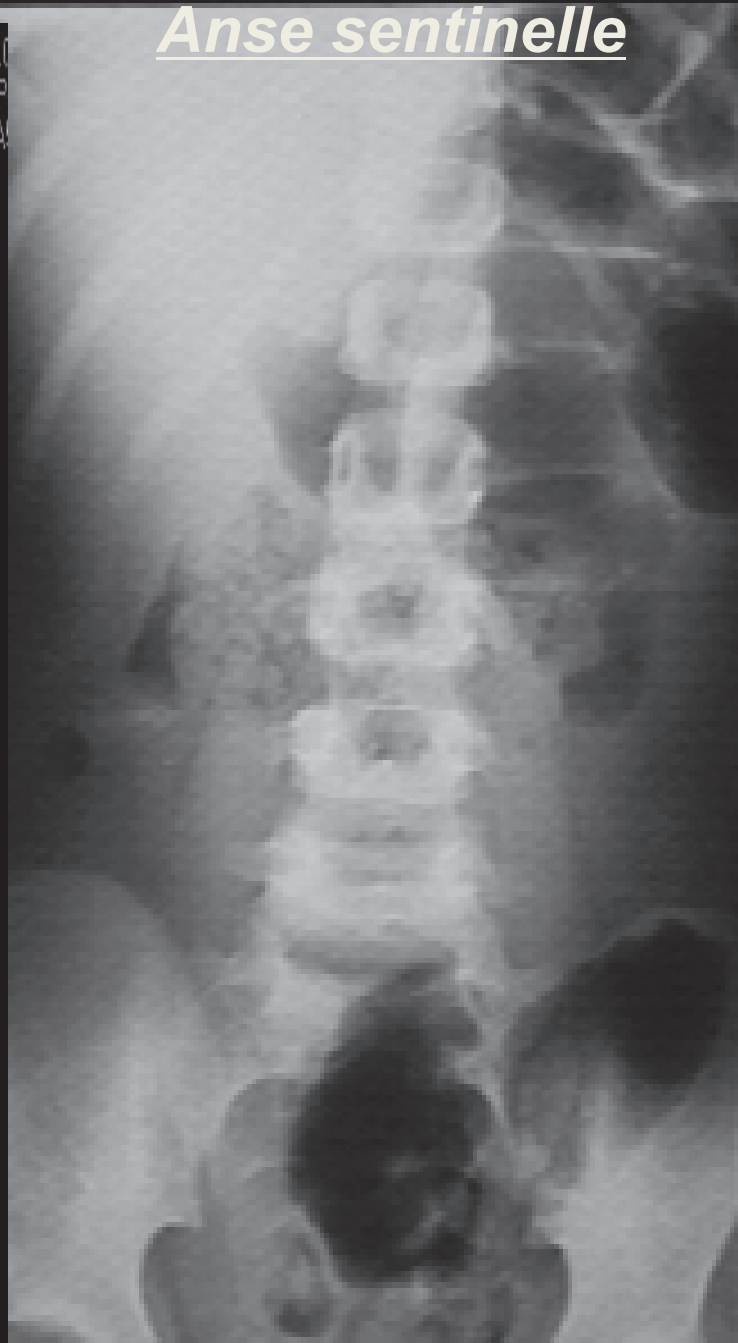
- le plus souvent normal, tout au plus peut-on percevoir « l'anse sentinelle », sous la forme d'un petit niveau hydro-aérique de la FID



■ appendicolith
stercolithe



Anse sentinelle



Stercolithe appendiculaire

- confirme le diagnostic (douleur au passage de la sonde), peut visualiser l'appendice(image en cocard), un épanchement péritonéal réactionnel

Critères diagnostic

Critères majeurs - Diamètre **sup. à 8mm**

- Image en **cocarde** à 5couches à la coupe

- Existence d'un **abcès appendiculaire** ou présence d'un

stercolithe

Critères mineurs - aspect en couches en coupes longitudinales

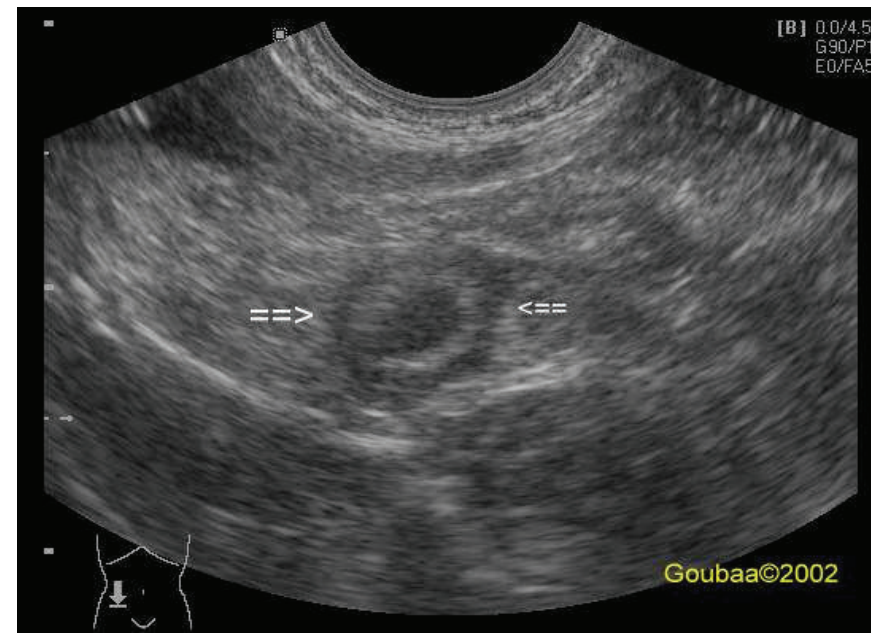
- existence de liquide intra péritonial

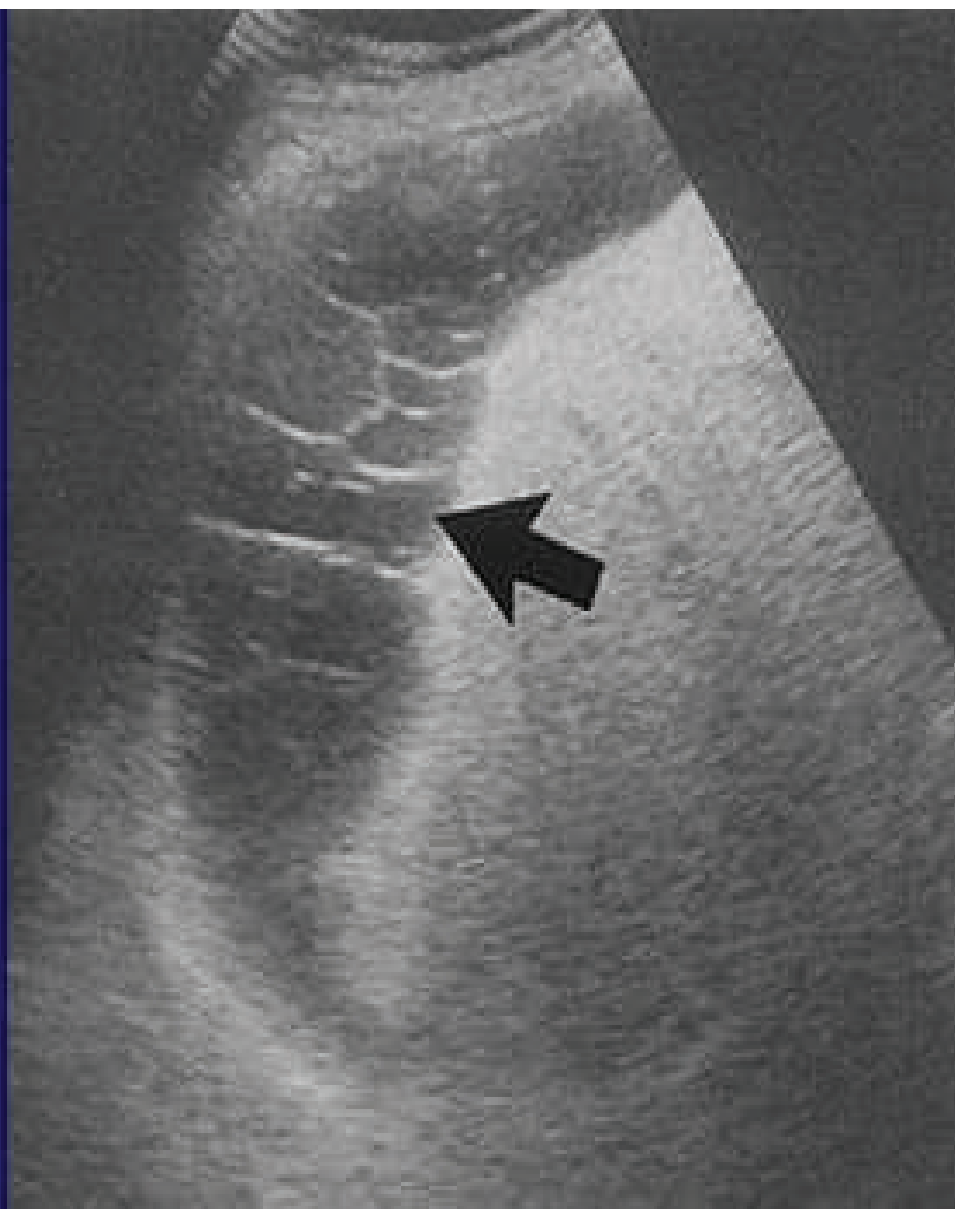
- présence d'un épanchement péri appendiculaire

TDM abdominale: Utile si doute diagnostic



Appendicite aigue avec
épaississement de la paroi





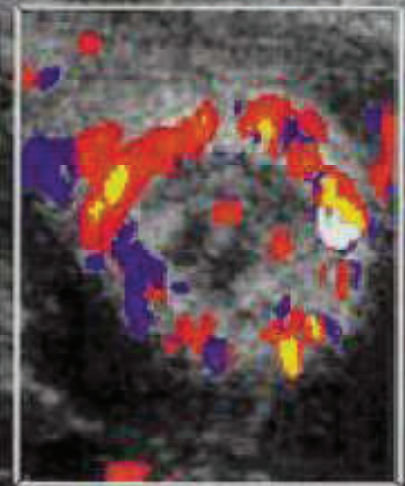
**Dilatation de l'appendice
et épaississement
pariétal**



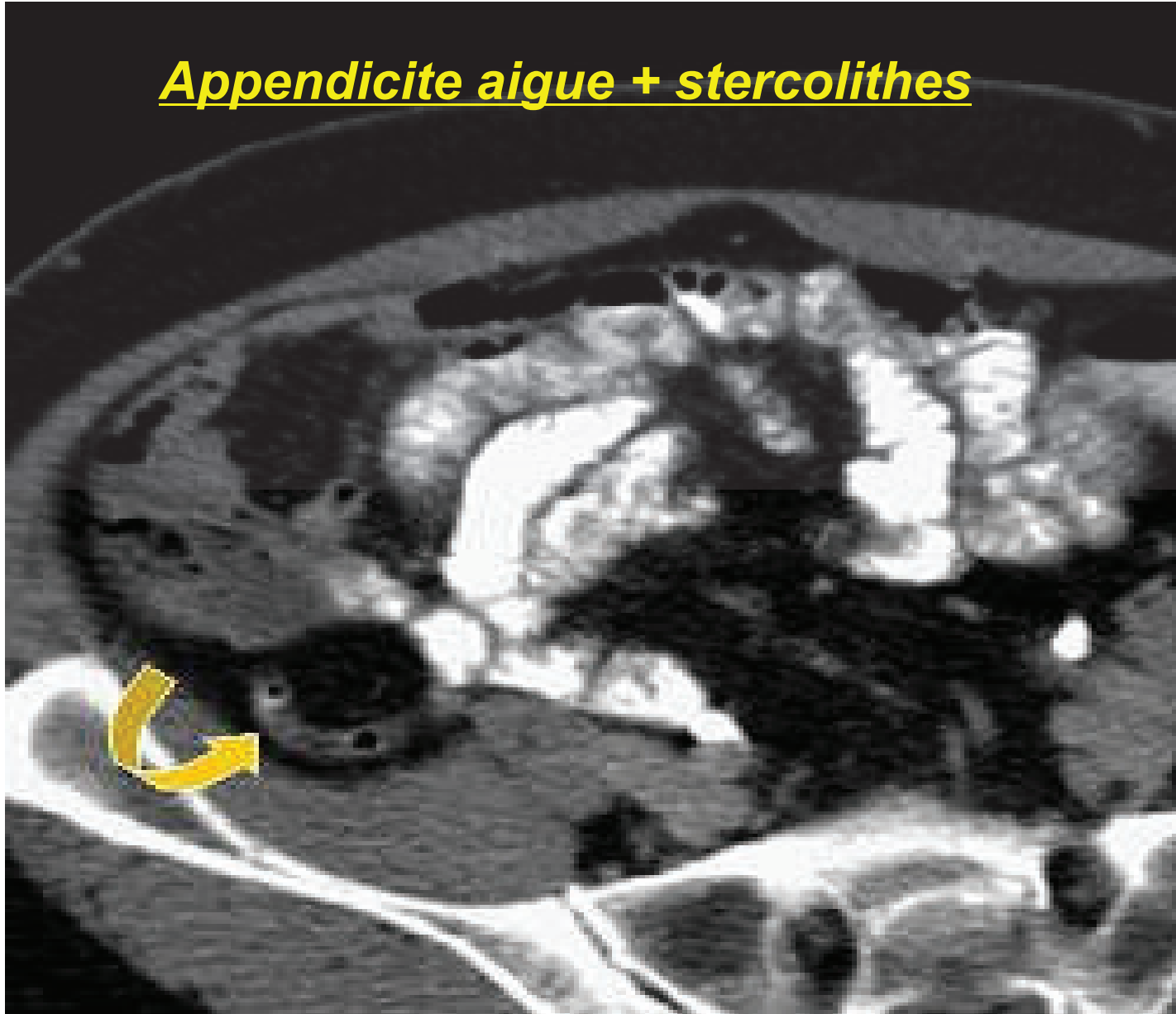
A

**Hyperhémie de la
paroi**

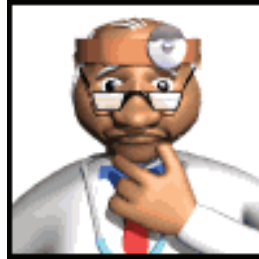
A



Appendicite aigue + stercolithes



...résumons-nous:



- Douleur avec fièvre
- Douleur à la palpation avec défense
- Douleur aux touchers pelviens
- Radio: anse sentinelle
- Echo: très utile pour le diagnostic différentiel
- Bio: hyperleucocytose et CRP +

Score d' **Alvarado**

Douleur au niveau de la FID (1)

Nausées, vomissements (1)

Anorexie (1)

Défense au niveau de la FID (2)

Température > 37,5° (1)

Signe de Roving positif (1)

Hyperleucocytose (2)

Neutrophilie > 75% (1)

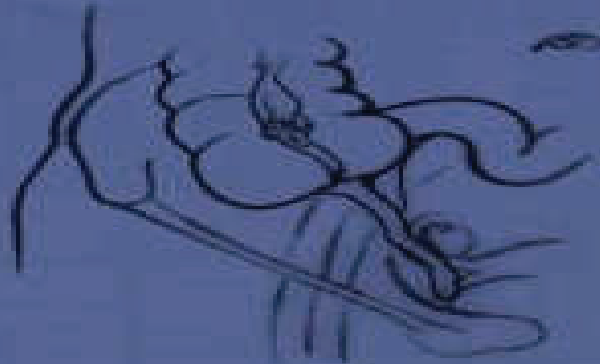
Total : 10

=7 : appendicite très probable

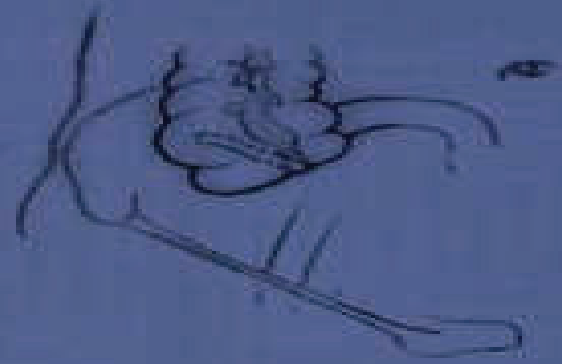
5-6 : surveillance nécessaire

< 4 : pas d'appendicite

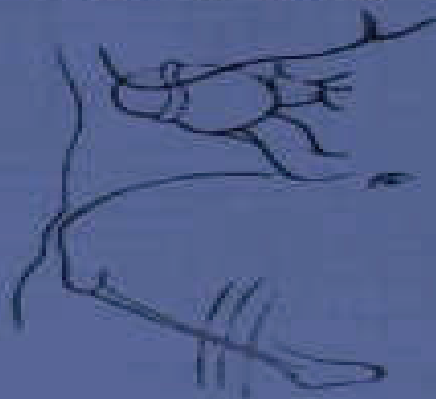
Les 4 formes anatomiques de l'appendicite aiguë



Appendice pelvien



Appendice rétrocecal



Appendice sous-hépatique



Appendice mésocolique

1. Formes topographiques

▣ Appendicite pelvienne:

Douleur bas située, signes urinaires

peut se confondre avec une salpingite chez la femme

▣ Appendicite sous hépatique:

simule une cholécystite aiguë (échographie)

▣ Appendicite rétro-caecale:

Douleur lombaire, simule une affection rénale ou une infection urinaire

▣ Appendicite méso-coélique:

l'appendice se trouve au milieu des anses

tableau d'une occlusion fébrile



2. Formes selon le terrain

- **Appendicite de la femme enceinte**: la grossesse modifie les signes de l'appendicite ; Elle est de diagnostic difficile du fait de la fréquence :
 - -élevée des troubles digestifs lors du 1^{er} trimestre
 - -des infections urinaires et de la modification des rapports anatomiques lors du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre. **L'échographie** est utile au diagnostic ;
 - L'appendicectomie comporte un risque réel d'avortement spontané au 1^{er} trimestre ou de prématurité au 2^{ème}, 3^{ème} trimestres .
 - La réalisation d'une appendicectomie par **coelioscopie** pourrait être une alternative à l'approche chirurgicale classique par voie d'abord jalaguier.
 - Elle pose un problème diagnostique avec les autres pathologies, selon l'âge de la grossesse :
 - **-Premier trimestre : Eliminer une grossesse extra-utérine.**
 - **-Deuxième trimestre : Eliminer une pyélonéphrite aiguë.**
 - **-Troisième trimestre : Eliminer une cholécystite aiguë.**
 - L'appendicite peut retentir sur la grossesse avec risque maximal pour le fœtus en cas d'appendicite perforée

3. Formes selon l'âge



▣ Appendicite du vieillard

3/ Appendicite du sujet âgé :

L'appendicite du vieillard est **grave**. La mortalité y est de 10 %, en rapport avec le terrain, mais surtout avec la gravité des lésions appendiculaires secondaires au retard diagnostique.

- Le **retard diagnostique** est lié au **caractère sournois de l'évolution** de l'appendicite chez le vieillard :

- simple endolorissement iliaque droit ;
- anorexie ;
- constipation ;
- la température et la leucocytose sont souvent normales ;
- l'examen clinique est **pauvre**.
- L'évolution aboutit souvent à deux tableaux particuliers aux vieillards

:l'occlusion fébrile ;

- la **tumeur inflammatoire du cæcum** simulant un cancer du cæcum abcédé.
- Parfois, seul l'examen anatomopathologique permettra de trancher.

■ Appendicite chez l'enfant



L'enfance est l'âge de prédilection de l'appendicite aiguë, mais celle-ci pose **plusieurs pièges diagnostiques**, La FID peut être le siège de douleurs à savoir dans:

- Les infections O.R.L qui s'accompagnent de douleur abdominale.

- *Les pneumopathies de la base droite*

- *Le stade pré-éruptif de certaines maladies infectieuses*

- *L'adénite mésentérique.* - *L'hépatite virale.* - *L'infection urinaire (fréquente).*

*les associations sont possibles, expliquant les indications opératoires soient très larges chez l'enfant.

* Il faut citer **l'appendicite toxique de Dieulafoy** : qui survient le plus souvent chez l'enfant et qui est caractérisée par la gravité d'un syndrome toxique : ***prostration, altération du faciès, accélération du pouls, syndrome hémorragique*** ; tous ces signes contrastent avec la **pauvreté de l'examen clinique et l'absence de fièvre.**

Il faut savoir que si tout converge vers le diagnostic d'appendicite aiguë, l'intervention s'impose, sinon garder l'enfant en observation dans un milieu chirurgical
Chez l'enfant, la crise appendiculaire est plus ou moins typique mais :

- **la fièvre peut être élevée (39 à 40 °C) ;**
- l'interprétation de l'examen est plus difficile ;
- **la diarrhée est fréquente.**
- **Il faut être large en matière d'indication opératoire, car l'évolution se fait très rapidement vers des complications péritonéales , cette rapidité d'évolution empêche souvent la formation du plastron ; et se fait le plus souvent vers la péritonite généralisée après une brève période d'accalmie (***accalmie traîtresse de Dieulafoy***)**

2/ Appendicites du Nouveau-né et du Nourrisson :

L'appendicite du nourrisson est exceptionnelle.

Elle est caractérisée par sa gravité : 50 % de mortalité avant l'âge de 6 mois :

- liée à la rapidité d'évolution ;
- surtout au **retard diagnostique dû au caractère non spécifique de la symptomatologie.**



3. Formes évolutives

la péritonite plastique, localisée
l'abcès appendiculaire
la péritonite aiguë généralisée

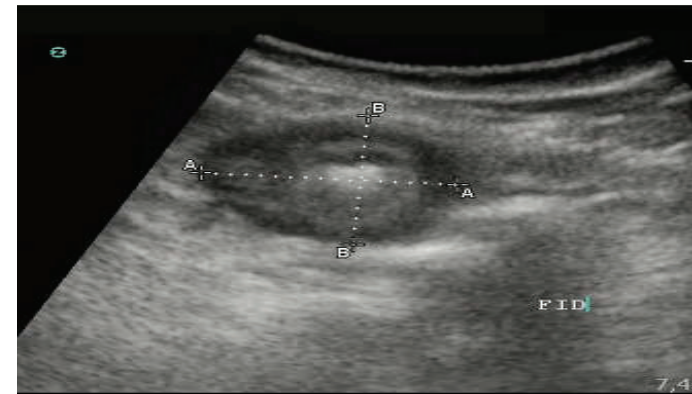
- La péritonite généralisée: douleur en coup de poignard débutant dans la FID puis diffusant rapidement a tout l'abdomen, syndrome infectieux (fièvre, AEG)
contracture généralisée
- L'abcès appendiculaire: Douleur intense à droite, fièvre, constipation, empatement de la FID, intérêt de l'échographie
TRT: antibiothérapie + drainage

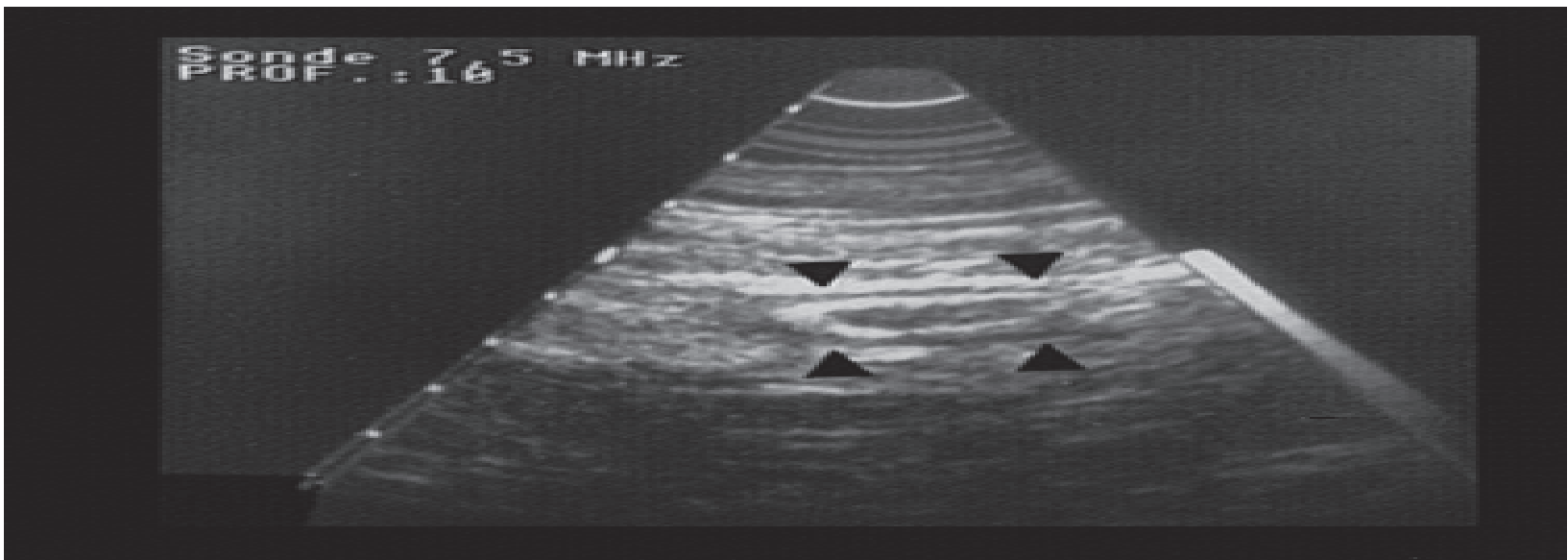
Le plastron appendiculaire:
c'est une péritonite plastique caractérisée par une agglutination d'anses et de l'épiploon autour de l'appendice malade afin de limiter la propagation de l'infection

L'examen retrouve un blindage de la FID avec douleur, fièvre, nausées et constipation

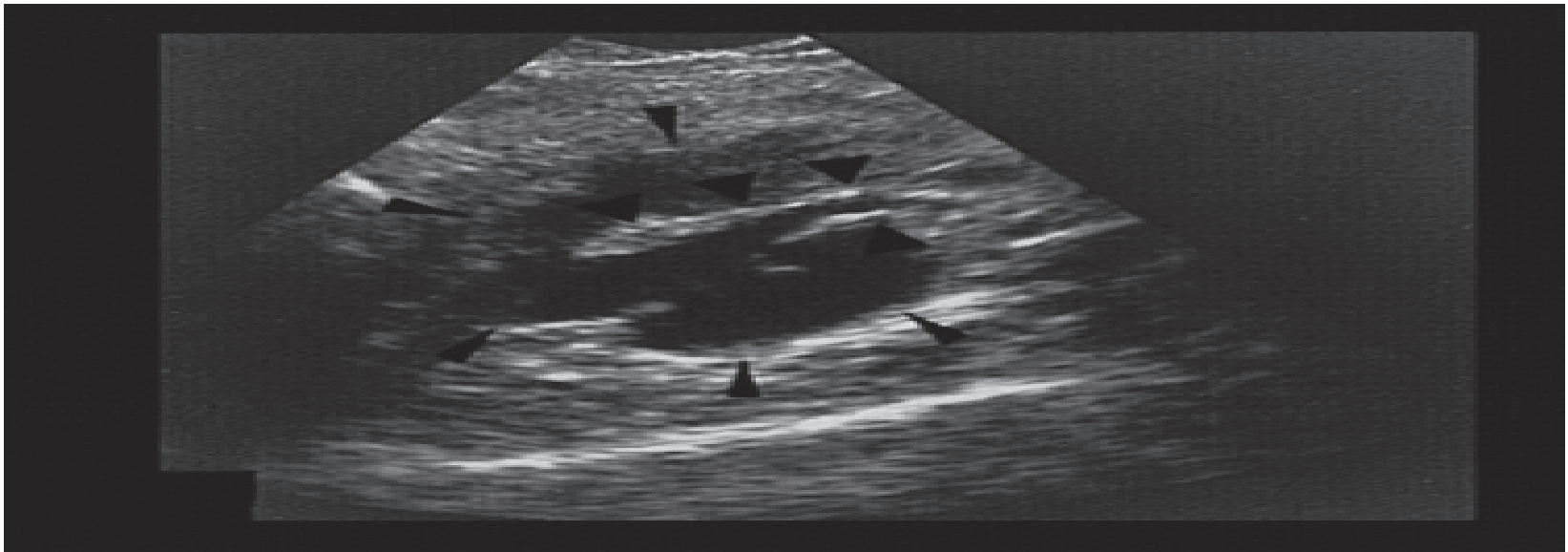
hyperleucocytose a PNN, VS accélérée

intérêt de l'échographie

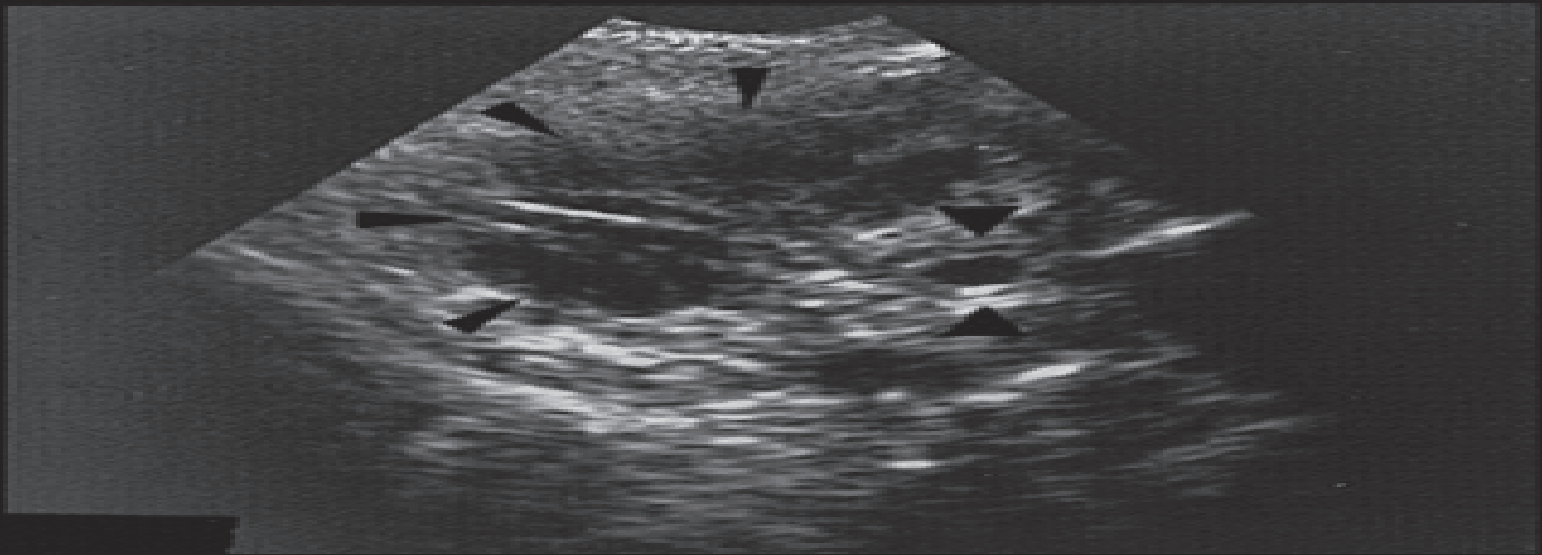




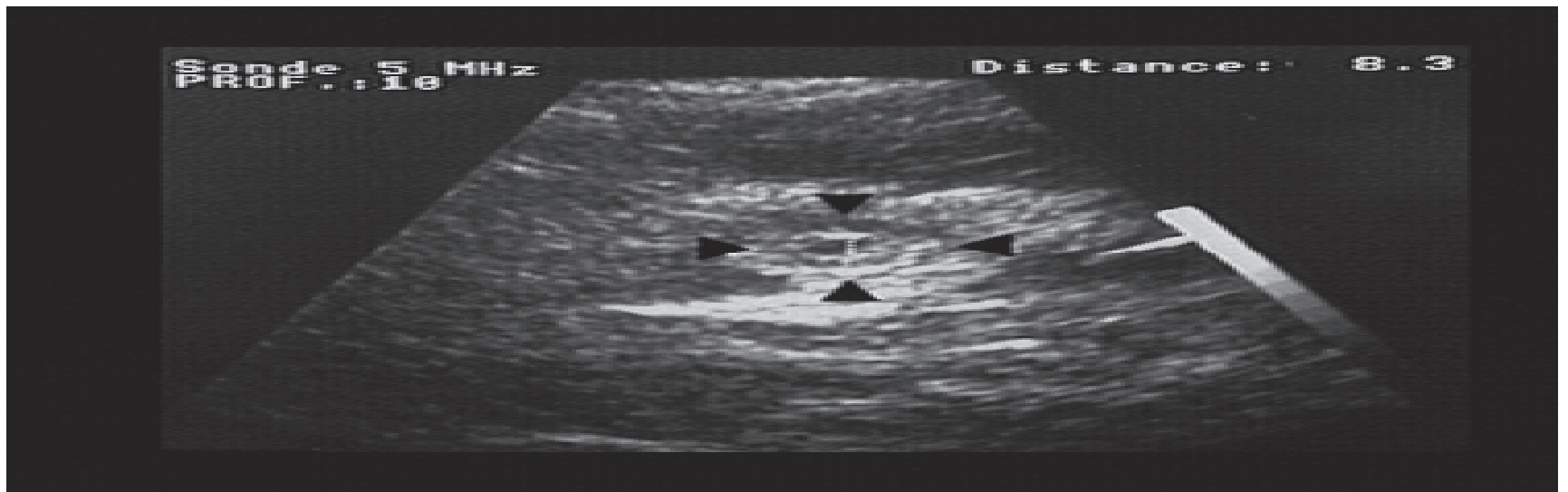
Appendicite



Abcès au-dessous d'une appendicite



Appendicite cernée d'abcès



Péritonite

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL



demander dans les cas difficiles l'aide de l'échographie
voire du scanner

1-Affections médicales :

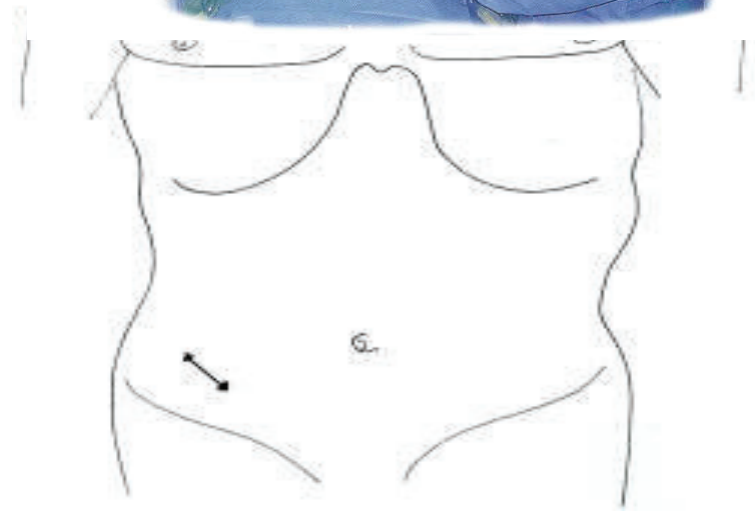
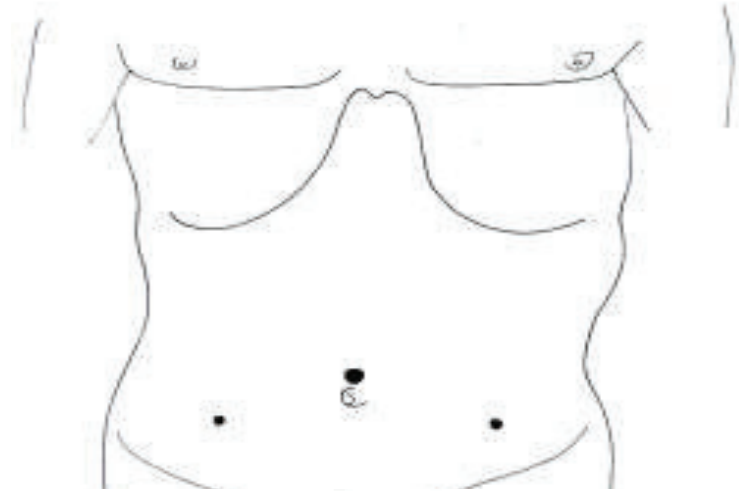
- Crise de colique néphrétique.
- Pneumopathie de la base droite.
- Fièvre typhoïde (dissociation pouls- T°, T° à 40°C, FID gargouillante).
- Hépatite virale en phase pré-ictérique.

2-Affections Chirurgicale :

- Perforation d'ulcère au début. -CAL
- Salpingite** (ANTD gynéco, leucorrhée, Dlrs à la mobilisation utérine, signes bilatéraux) intérêt de l'échographie pelvienne
- Torsion de kyste ovarien** (douleur latéro-utérine au TV/TR échographie) TRT chirurgical.
- GEU** (troubles du cycle, masse latéro-utérine au TV, bHCG élevés, écho) TRT chirurgical.
- Tuberculose iléo-caecale.
- Mdie de CROHN (Dgc histologique).
- Tumeur caecale infectée.
- Tumeur appendiculaire (carcinoïde, mucocèle) Dgc svt histologique.

TRAITEMENT







© 2005 Luc Gourand

Le traitement est exclusivement **chirurgical**

- L'***appendicectomie*** est réalisée par ***Mac Burney***, ou par ***laparoscopie*** (surtout chez la femme)
- La pièce opératoire est confiée à l'***anatomopathologiste*** (+++)
- ***L'antibiothérapie bactéricide est indiquée selon le stade et le terrain (comme les anti-coagulants)***

Attitude thérapeutique

Certitude diagnostique

TRT médical

Pré-opératoire

- ++ (ATB ↘ Complications post-opératoires)

• ± antalgiques:

Intervention chirurgicale



2/

Quand opérer?

Abcès

Si échec ponction Echo ou scanno-guidée

Drainage chirurgical puis

Intervention chirurgicale 4 à 6 mois



Doute Diagnostique



(imagerie)

Intervention chirurgicale



Péritonite

- **Réa ++**
- (ionogramme)
- ATB (I.V) (germes aéro et anaérobies)
- Antalgiques.

Plastron

TRT médical

+ surveillance

Intervention chirurgicale

2 à 4 mois

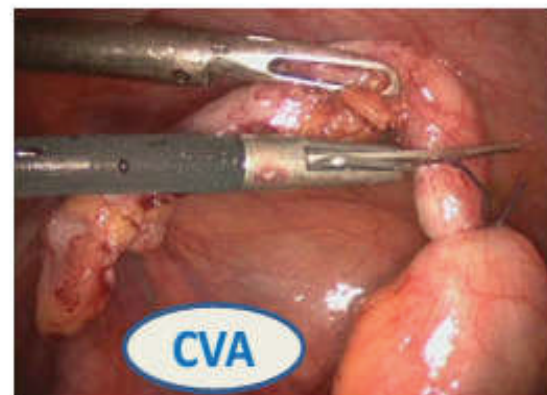




VE

Comment opérer?

1/ Dénominateur commun
= **APPENDICECTOMIE**



CVA

1/ Cas d'espèces

Appendice catarrhal

Recherche
Diverticule de
MECKEL

Phlegmon

Appendicectomie

Abscès

Drainage pré ou per-op
(Appendicectomie
différée)

Péritonite

Toilette
péritonéale
+ drainage

Gangrène

Toilette
+ drainage

CVA
VE

CVA
VE

CVA
VE

CVA
L

CVA
VE



VE

2/Voies d'abord

CVA : chirurgie

L : laparotomie

VE : voie élective

Appendicites simples

Faut-il opérer ou traiter médicalement?

100 appendicites diagnostiquées comme simples

85 succès immédiats

15 appendicectomies
Formes compliquées expliquent 2/3 des échecs

65 succès à un an

20 récurrences
80 % de formes simples

Diagnostic
confirmé
(TDM)

Protocole
d'antibiothérapie adapté
Malade prévenu des
risques d'échec et de récurrence ++

Indications du traitement médical

Risque
opératoire élevé

Impossibilité technique de
recourir à la chirurgie

Refus de la chirurgie

LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

- L'abcès de la paroi
- L'abcès résiduel de la FID ou du Douglas
- Sd du 5^e jours (Le lâchage du moignon appendiculaire)
- L'occlusion post-opératoire