

# Les Appendicites Aigues



**DR ABDERRAHIM BENLALDJ**

**EPH. MOSTAGANEM  
FACULTÉ DE MÉDECINE MOSTAGANEM**

# Definition



- *Inflammation aigue* de l'appendice.
- C'est l'*urgence chirurgicale* la plus fréquente.
- Son diagnostic est souvent simple: devant un *syndrome douloureux, aigu, fébrile* de la fosse iliaque droite.
- Souvent le dg est simple parfois difficile.
- Reconnue et traitée précocement.
- Ses suites opératoires sont simples et favorables.
- Elle peut se compliquer *d'une péritonite* qui est une pathologie redoutable gravissime

# Anatomie (1)

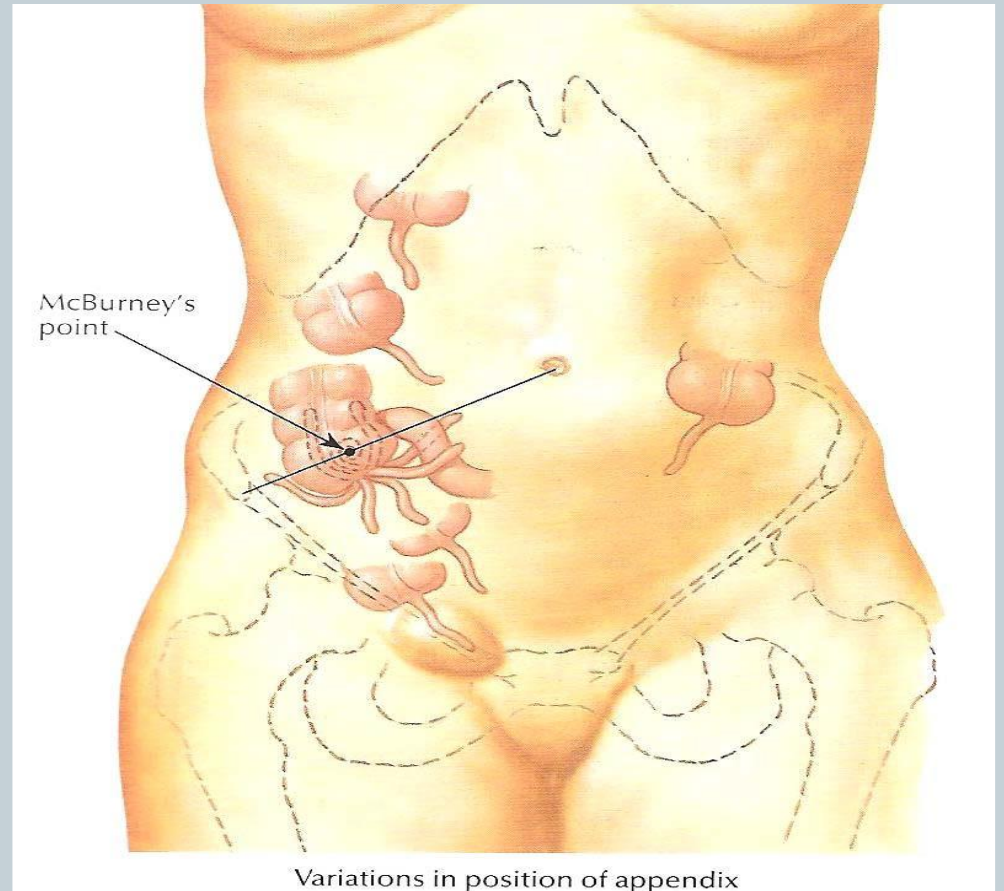


- L'appendice est un diverticule qui s'implante au bord postéro – interne du caecum.
- Mesure 10 Cm de long.
- Position variable :
  - par rapport à la position du caecum dans le ventre.
  - sa position dans le caecum est variable.

# Anatomie (2)



- par rapport à la position du caecum dans le ventre.
- Appendice en position normale (70 à 90%) (point de Mc Burney)
- Sous hépatique (0,5 à 5%)
- Pelvien (20%)
- A gauche

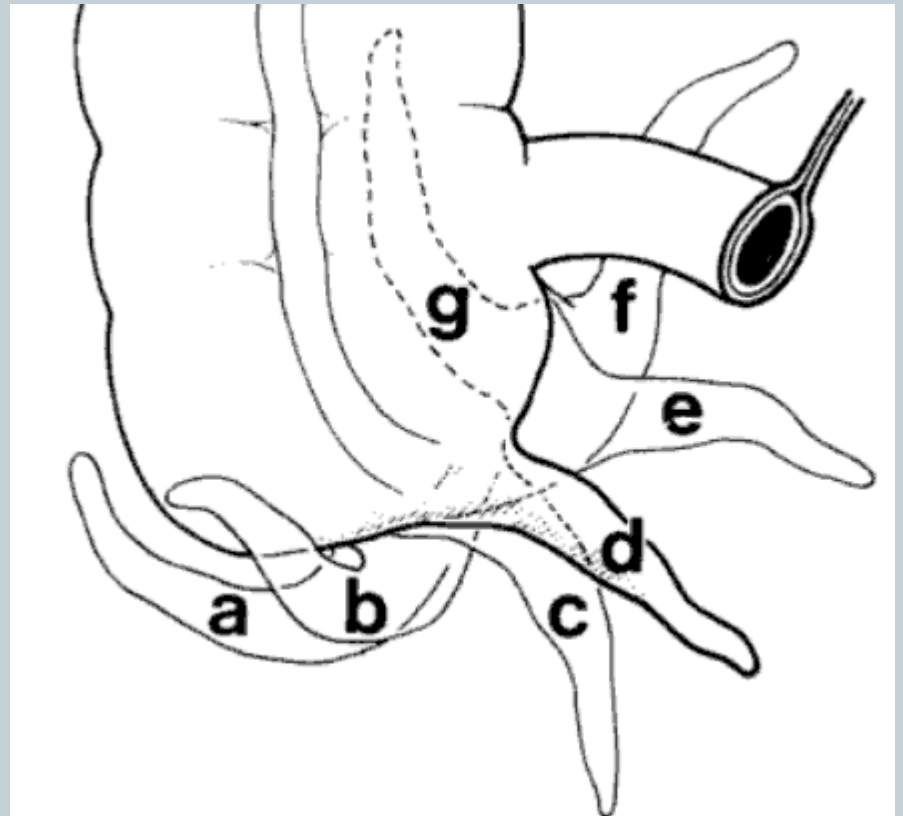


# Anatomie (3)



- sa position dans le caecum est variable.

- a: latéro-caecale externe
- b: sous-caecale
- c: pelvienne
- d: médio-caecale
- e: interne: méso-coeliaque
- f: Rétro-iléale
- g: rétro-caecale



# Physiopathologie



- L'appendice est un organe creux.
- Sa lumière est en continuité avec le contenu septique du caecum.
- Grâce au péristaltisme de sa couche musculaire, l'appendice assure sa vidange vers la lumière colique.
- En cas d'obstruction de cette lumière (stercolithe, bourgeon tumoral, pépins d'orange...), la stagnation et la pullulation microbienne déclenche l'infection de cette organe à l'origine de l'appendicite
- Par voie hématogène
- Par contiguïté

# Anapath (1) : plusieurs stades



- Appendicite aiguë inflammatoire (catarrhale) :

Il y'aura une augmentation du volume de l'appendice qui devient rouge, tuméfié, turgescence sans abcédation ni réaction péritonéale.

- Appendicite suppurée dite « phlegmoneuse » :

- L'abcès prédomine à la pointe de l'appendice.
- Des fausses membranes recouvrent cet organe.
- Une réaction localisée au niveau du péritoine de la fosse iliaque droite accompagne cette forme.

- Appendicite gangrenée :

- L'appendice prend un aspect verdâtre nécrotique.
- L'abcédation comprime et oblitère les vx appendiculaires.

# Anapath (2) : plusieurs stades



- Appendicite perforée :
  - La paroi nécrotique de l'appendice se perforé.
  - aboutit d'abord à une péritonite localisée de la FID.
  - se généralise en suite à toute la cavité abdominale donnant une péritonite généralisée.
- Plastron appendiculaire :
  - Agglutination des anses intestinales et du tablier épiploïque autour de ce foyer inflammatoire et infectieux que constitue l'appendice.
  - Il se constitue une masse de la FID à contours irrégulier, mal définis : véritable blindage de la FID
  - Ce plastron peut céder sous traitement médical ou s'abcéder malgré un bon traitement.
- Il n'existe aucun parallélisme entre la clinique et les lésions anatomo-pathologiques



# Sémiologie (1): La Forme Typique

## Sd Appendiculaire: Dc simple



### 1/LES SIGNES FONCTIONNELS :

#### a/ LA DOULEUR ABDOMINALE :

- La douleur est le maître symptôme. se localise dans la fosse iliaque droite. **Spontanée, modérée, continue, lancinante, sans horaire**
- D'abord périombilicale ou épigastrique, migre ensuite au niveau de la FID
- Elle est vive, oblige l'arrêt des activités et s'accentue lors des mouvements.

b/les nausées sont constantes, les vomissements fréquents.

c/Les troubles du transit sont rares (constipation, parfois diarrhées)

# Sémiologie (2): La Forme Typique



## 2 / LES SIGNES GENERAUX :

a/La fièvre entre 38-38,5°C

b/La tachycardie avec accélération du pouls

c/La langue saburrale

# Sémiologie (3): La Forme Typique



## 3/LES SIGNES PHYSIQUES :

**a/La palpation de l'abdomen** : en commençant par la fosse iliaque gauche et en remontant le long du cadre colique

- Douleur provoquée au niveau du point appendiculaire : point de MAC BURNEY
- Signe de **BLUMBERG** : apparition d'une douleur vive à la décompression de la fosse iliaque droite
- Le signe de **ROVSING** : obtenu en déprimant profondément la fosse iliaque gauche
- Signe de Lapinski ou Signe de Meltzer** : l'examineur appuie légèrement sur le point de Mac Burney du patient et lui demande de décoller le talon du plan du lit sans fléchir le genou
- Le psoïtis** : La douleur exacerbée par la flexion de la cuisse droite (genou en rectitude)
- Une défense pariétale localisée

**b/ Le toucher rectal** : douleur au niveau du douglas en haut et à droite

# Sémiologie (4): La Forme Typique



## 4/LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

**a/Biologie** : La FNS : hyperleucocytose n'est pas constante.

ECB des urines

CRP +

**b/La radiologie** : Confirme le diagnostic

Intérêt pour éliminer une autre pathologie (gynécologique, urinaire), un abcès appendiculaire

**ASP: souvent n'a pas d'intérêt**

**Echographie abdominale** : réalisée chez l'enfant et l'adolescent

**Le scanner abdominal** : chez l'adulte

**Epaissement appendiculaire avec infiltration de la graisse péri-appendiculaire**

# Sémiologie (5): Les Formes Atypiques



## 1 /Selon le terrain :

### a/chez la femme enceinte :

- les signes sont identiques mais transposés en haut et en arrière, dans le flanc, en raison du volume utérin. Le tableau peut prendre initialement l'allure d'une infection urinaire.

### b/ chez le vieillard :

- les signes pariétaux sont moins francs, parfois absents, parfois remplacés par un tableau sub-occlusif, pouvant s'accompagner de signes généraux de gravité.

### c/ chez l'enfant :

- **L'examen clinique doit être complet**
- Chez l'enfant: : une otite, rhinopharyngite, angine érythémateux, pneumonie franche lobaire aigue, hépatite, gastro entérite, infection urinaire ; aboutit à une dlr de la FID: lymphadénite mésentérique

# Sémiologie (6): Les Formes Atypiques



## 2/Selon la topographie :

**a/ appendicite rétro-cæcale** : où les signes pariétaux sont moins francs, la douleur est beaucoup plus lombaire.

**b/ l'appendicite sous hépatique** : pouvant simuler une cholécystite aiguë ou un ulcère perforé.

**c/ appendicite pelvienne** : évoquant une infection urinaire ou gynécologique, mais avec des signes francs au toucher rectal.

**d/ appendicite méso-coeliaque** : c'est une véritable occlusion intestinale fébrile.

**e/ appendicite à gauche**

**f/ appendicite intra-herniaire: hernie de Litré**

# Diagnostic Différentiel



- Le Dg différentiel est représenté par toutes les autres maladies qui donnent le ‘syndrome appendiculaire’:
  - *affections gynécologiques*: salpingite, kyste ovarien compliqué, grossesse extra-utérine.
  - *affections urinaires*: colique néphrétique
    - ❖ fièvre plus franche,
    - ❖ frissons,
    - ❖ présence possible d'un calcul sur un cliché de l'abdomen,
    - ❖ cyto-bactériologie des urines positive.
  - *affections intestinales*:
    - ❖ inflammation du carrefour iléo caecal,
    - ❖ diverticule de Meckel en poussées inflammatoires: diverticulite,
    - ❖ adénolymphite mésentérique.
    - ❖ Tm caecale, tm du colon droit

# Evolution: en l'absence du TRT



- Plastron appendiculaire:
  - un état infectieux persistant
  - des troubles du transit
  - une masse mal limitée dans la fosse iliaque droite.  
L'évolution peut se faire vers la guérison ou vers l'abcès
- Abcès appendiculaire
- Péritonite appendiculaire localisée puis généralisée de  
Pronostic sévère



# Traitement(1)



- **APPENDICITE AIGUE NON COMPLIQUÉE**
  - Urgence chirurgicale
  - Hospitalisation en chirurgie digestive
  - A jeun, bilan préop, anesthésie,
  - Autorisation parentale d'opérer (si mineur < 18 ans)
  - Sous AG
  - ATB préop « flash » systématique
  - APPENDICECTOMIE:

# Traitement(2): Appendicectomie



- **Voie d'abord** : Laparotomie iliaque dte (Mac Burney) ou mieux Laparoscopie
- **Exploration** : position appendice, caecum, vérifier le mésentère, la dernière anse grêle, 70 dernier cm du grêle (Meckel)
- **Ligature du méso-appendiculaire**
- **Ligature et section de l'appendice**
- **Prelevement liq péritonéal => bacterio, toilette péritonéale si besoin**
  - EXAMEN ANAPATH de la pièce d'exérèse
  - SURVEILLANCE postop
  - **Suites simples** : Reprise alimentaire progressive sur 24 h, levée à J2, sortie entre J2 et J5.

# Complications post op



- **Précoce :**

- **Abcés de paroi** => si fièvre persiste en postop
- **Sd du 5<sup>ième</sup> jr** : à J5, réascension T°C, S subocclusif (NHA) du à un petit foyer résiduel => ttt chir ou spontanée
- **Péritonite postop : par lachâge du moignon : fistule caecale** => **chir en urgence**
- **Abcés cds de Douglas** : si réapprition de la fièvre avec Sd infectieux franc, S urinaire (dysurie, pollakiurie), ralentissement du transit et émission de glaires rectales.
- **Eviscération** = désunion d'une plaie opératoire

- **Tardive**

- **Occlusion sur bride**
- **Eventration** = relachement d'une cicatrice abdominale post chir