

L'APPENDICITE AIGUE

Plan du cours

Généralités : définition

Rappel anatomo-pathologique

Etude sémiologique : Forme typique

Diagnostic positif

Diagnostic différentiel

Traitement

Conclusion

I/ Généralités : DEFINITION :

L'appendicite aigue est une inflammation aigue de l'appendice suite à son obstruction par une hyperplasie lymphoïde, stercolithe, parasite...)

C'est une urgence chirurgicale viscérale rare avant 3 ans avec un pic de fréquence entre 10 et 30 ans.

Son diagnostic est essentiellement clinique mais l'apport de certains examens radiologiques a apporté une aide au diagnostic pour limiter les appendicectomies inutiles.

Rappel anatomopathologique

L'appendice est un diverticule vermiculaire naturel du cæcum, situé à 2,5 cm au dessous de la valvule iléo-cæcale. Sa position intra-abdominale est variable selon la position du cæcum, rétro-caecale (25%) , intra-pelvienne (5%), méso-cœliaque (1%), sous hépatique...

L'appendice contient de nombreux follicules lymphoïdes qui s'atrophient avec l'âge.

L'appendicite est due au développement intra-luminal de l'infection en amont d'une obstruction.

L'appendicite évolue en quatre stades :

-**Stade I : Appendicite catarrhale** : l'appendice est congestif œdématisé : Inflammation initiale.

-**Stade II : Appendicite phlegmoneuse** : la progression de l'inflammation entraîne l'apparition de pus dans la lumière appendiculaire :

- **Stade III : Appendicite gangrenée** : l'altération de la vascularisation pariétale entraîne une nécrose puis une gangrène de l'appendice

- **Stade IV : Appendicite perforée** : Perforation responsable de péritonite localisée qui peut se généraliser secondairement.

Il n'existe aucun parallélisme entre la gravité des lésions anatomo-pathologiques et la gravité du tableau clinique.

II/ ETUDE SEMIOLOGIQUE :

A/ LA FORME TYPIQUE :

1/Les signes fonctionnels : examen d'un patient

- **LA DOULEUR ABDOMINALE** : La douleur de la fosse iliaque droite (FID): d'installation brutale ou en quelques heures, spontanée, persistante, lancinante, parfois elle débute dans la région péri-ombilicale et s'accroît lors des mouvements.

- Les nausées sont constantes avec parfois des vomissements ou un refus alimentaire (enfant)

- Les troubles du transit : constipation ou parfois diarrhées.

2 /Les signes généraux :

- La fièvre entre 38-38,5°C avec sensation de malaise générale.
- La tachycardie avec accélération du pouls
- La langue saburrale.

3/Les signes physiques :

Temps essentiel examen à répéter de préférence par le même praticien chez un malade rassuré, les cuisses fléchies

a/ À L'inspection : la FID respire moins bien, rechercher une cicatrice d'appendicectomie.

b/La palpation de l'abdomen : en commençant à distance de la région douloureuse : la fosse iliaque gauche et en remontant le long du cadre colique

- Douleur provoquée de la FID parfois très localisée au niveau du point appendiculaire : **point de Mac BURNEY** situé au 1/3 externe de la ligne reliant l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'ombilic

- Signe de **BLUMBERG** : apparition d'une douleur vive à la décompression de la fosse iliaque droite : on appuie profondément avec les doigts puis on relâche brusquement (irritation péritonéale).

- Le signe de **ROVSING** : obtenu en déprimant profondément un point de la fosse iliaque gauche symétrique au Mc Burney : une douleur vive apparaît au point appendiculaire

- **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 (contact de l'appendicite avec le psoas).

Dans l'appendicite : le signe est négatif à gauche et positif à droite.

- **Le Psoïtis** : L'attitude en *psōītis* (flexion de la cuisse sur le bassin, d'extension douloureuse) signe une irritation pariétale postérieure.

- Une défense pariétale localisée

c/ Le toucher rectal : recherche une douleur au niveau du Douglas en haut et à droite, rarement effectué chez l'enfant car d'interprétation difficile.

4/LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

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

La CRP augmentée (> 8 mg).

β HCG systématique chez la femme en âge de procréer

b/Radiologie : Confirme le diagnostic ou oriente vers une autre pathologie (gynécologique, urinaire...).

ASP: pas d'intérêt pour le diagnostic peut retrouver quelques niveaux hydro-aériques en regard de la FID

Echographie abdominale : montre un épaissement de la paroi ou 1 abcès appendiculaire.

Le scanner abdominal : Epaissement appendiculaire avec infiltration de la graisse péri-appendiculaire et permet d'infirmer le diagnostic en cas de doute.

B/ FORME ATYPIQUE : 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 graves.

2/Selon le stade évolutif de l'appendicite :

3/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.

	Appendice rétro-caecal	Appendice pelvien	Appendice sous-hépatique	Appendice méso-coeliaque
Signes fonctionnels	signes abdominaux frustes	diarrhées par inflammation du cul-de-sac de Douglas dysurie, brûlures mictionnelles	vomissements fréquents	ileus réflexe
Signes cliniques	psoïtis, douleur de la fosse iliaque droite majorée en décubitus latéral gauche	ténésme rectal	douleur de l'hypochondre droit	occlusion fébrile

III/ LE DIAGNOSTIC POSITIF : Le diagnostic d'une appendicite aiguë repose sur un faisceau d'argument : le terrain (âge), la clinique, la biologique et les données radiologiques

IV/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

1/la salpingite : s'accompagne d'une fièvre plus importante, d'une vive douleur à la mobilisation du col utérin, alors que la douleur spontanée est plus diffuse.

2/Pathologie annexielle+++ : kyste ovarien avec signes de torsion ou torsion testiculaire

3/la rupture de grossesse extra-utérine : retard des règles, douleur pelvienne diffuse à début brutal, l'échographie permet de trancher

4/les infections urinaires : pyélonéphrite : fièvre plus franche, frissons, présence possible, cyto-bactériologie des urines positive.

5/ Autres pathologies digestives : Gastro-entérite aiguë, Adénolymphite mésentérique, maladies inflammatoires intestinales

Autres : Colique néphrétique (un calcul sur un cliché de l'ASP), infections ORL

L'échographie : élimine les affections gynécologiques ou vésiculaires et urinaires.

V/L'EVOLUTION:

- Plastron appendiculaire: qui associe un état infectieux persistant à des troubles du transit. Il s'agit d'une zone empâtée perceptible à la palpation de l'abdomen et douloureuse qui traduit le + souvent la présence d'une infection de la cavité péritonéale. L'évolution se fera vers la guérison ou vers l'abcès.

- Abcès appendiculaire : les signes digestifs sont localisés à type de masse douloureuse, perçus aux touchers pelviens avec des signes généraux et infectieux francs : Fièvre 39°, faciès altéré

- Péritonite localisée puis généralisée.

VI/ TRAITEMENT :

Chirurgical :

-Appendicectomie par voie chirurgicale classique ou sous coelioscopie.

- Un « plastron » peut nécessiter un drainage avec une antibiothérapie précédant l'acte opératoire.

Médical : Antibiothérapie avec surveillance stricte et recourir à la chirurgie si on note une mauvaise évolution.