

ITEM 351 : APPENDICITE

		<p>Appendice = contient de nombreux germes aérobies et anaérobies : obstruction de la base → pullulation microbienne → lésions muqueuses puis pan-pariétales avec infiltrat inflammatoire, lésions infectieuses et ischémiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causes d'obstruction : stercolithe (résidu de matière fécale calcifiés), hyperplasie lymphoïde (infection virale ou bactérienne) ou plus rarement bouchon muqueux, corps étranger, inflammation pariétale (Crohn) ou parasite - Urgence chirurgicale la plus fréquente : 90 000/an = 30% des interventions de chirurgie abdominale - Majorité des cas chez l'adolescent et le jeune adulte de 20 à 30 ans (surtout l'homme), rare < 3 ans ou chez le sujet âgé 	
APPENDICITE AIGUË TYPIQUE	Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur : à type de torsion/crampe, débute d'emblée dans la fosse iliaque droite ou à début épigastrique puis migrante, sans irradiation, ↗ progressivement d'intensité les 24 premières heures - Signes digestifs : nausée (50%), vomissements (30%), constipation (30%) - Fébricule de 37,5° à 38,5°C (60%) - Palpation : <ul style="list-style-type: none"> . Douleur provoquée ou défense au point de Mc Burney (1/3 ext -2/3 int de EIAS-ombilic) . Douleur de la fosse iliaque droite (FID) à la compression de la fosse iliaque gauche (FIG) (signe de Rovsing) . Douleur de la FID lors de la décompression brutale de la FIG (après l'avoir comprimée, signe de Blumberg) - TR : douleur latéralisée à droite → Aucun symptôme (y compris la fièvre ou l'apyrexie) ou paramètre biologique n'a de valeur diagnostique individuelle suffisamment élevée pour confirmer ou exclure le diagnostic 	
	Bio	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome inflammatoire biologique : ↗ CRP et hyperleucocytose à polynucléaires (80%) - Diagnostic différentiel : BU (infection urinaire), β-hCG chez les femmes (GEU) 	
	Echographie abdominale	<p>Signes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diamètre de l'appendice > 6 mm - Paroi appendiculaire > 3 mm - Aspect en cocarde - Graisse péri-appendiculaire hyperéchogène - Présence d'un stercolithe appendiculaire - Epanchement ou abcès péri-appendiculaire <p>- A privilégier en 1^{ère} intention chez la femme jeune : diagnostic différentiel, non irradiant → N'a de valeur négative que si l'appendice est correctement visualisé dans sa totalité</p>	
	Scanner abdominal ± injecté	<p>= Examen de référence en cas de doute diagnostique : VPN proche de 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indication : 1^{ère} intention sujet âgé, sujet peu échogène (obèse), échographie non contributive - Signes : ↗ taille de l'appendice et de sa paroi, infiltration de la graisse du méso-appendice, stercolithe - Complications : abcès, épanchement péri-hépatique, du cul-de-sac de Douglas, péritonite 	
	Stratégie diagnostique	<p>= Devant une douleur abdominale aiguë, la triade défense en FID + hyperleucocytose > 10 G/L + CRP > 8 mg/L permet de définir 3 niveaux de probabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peu probable (0/3) → surveillance 24h sans bilan d'imagerie possible - Intermédiaire (1 ou 2/3) ou sujet âgé ou femme jeune → échographie (à privilégier chez la femme jeune) et/ou scanner abdominal (à privilégier chez le sujet âgé ou obèse ou si échographie négative) - Très probable (3/3) chez l'homme jeune < 30 ans → possibilité d'appendicectomie sans imagerie 	
Formes anatomiques	Pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur hypogastrique droite, associée le plus souvent à une fébricule - Possibles signes urinaires (pollakiurie, dysurie) et/ou signes rectaux (ténésme, faux besoins) - Douleur provoquée voire défense hypogastrique à la palpation 	
	Sous-hépatique	<ul style="list-style-type: none"> = Simule une cholécystite aiguë : douleur de l'hypochondre droit, fièvre et défense - Diagnostic souvent échographique (élimine une cholécystite) 	
	Rétro-caecale	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur lombaire droite, position antalgique en psöitis (cuisse droite fléchie sur le tronc) - Sans défense en FID ; douleur provoquée à l'élévation de la jambe droite du plan du lit 	
	Méso-coeliaque	<ul style="list-style-type: none"> - Iléus réflexe (variable) en contexte fébrile : occlusion + fièvre - Diagnostic TDM difficile, mais tableau imposant une intervention une urgence 	
Formes compliquées	Abcès appendiculaire	= Complication d'une appendicite suppurée ou inaugurale :	
		C	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur localisée (possiblement diffuse ou postérieure), parfois pulsatile - Fièvre élevée (> 39°C), en plateau, sans frissons, état général altéré - Iléus réflexe fréquent - Masse douloureuse en FID, reste de l'abdomen souple et indolore
		PC	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperleucocytose importante > 15 000/mm³ - TDM (ou écho à défaut) en urgence : collection liquidienne entourée d'une coque prenant le contraste, réaction inflammatoire des mésos et des organes adjacents, iléus réflexe
		TTT	<ul style="list-style-type: none"> = Drainage en urgence : généralement par abord chirurgical avec appendicectomie - Abcès volumineux : drainage percutané radiologique avec appendicectomie 2-4 mois après

Formes compliquées	Plastron appendiculaire	= Infiltration inflammatoire diffuse mal limitée de la région péri-appendiculaire : péritonite localisée	
		C	- Douleur de la FID assez diffuses, sensation d'empatement douloureux - Peau rouge et chaude en regard - Syndrome infectieux marqué : fièvre > 38,5°, hyperleucocytose importante - Palpation : masse douloureuse mal limitée de la FID, reste de l'abdomen souple et indolore
		PC	- TDM : masse de la FID engainant les anses grêles avec signes inflammatoires importants
	TTT	- Hospitalisation pour antibiothérapie IV et appendicectomie ultérieure	
	Péritonite généralisée	= D'emblée (péritonite en 1 temps, inaugurale) ou par rupture d'abcès (en 2 temps) ou d'un abcès compliquant un plastron (en 3 temps)	
		C	- Douleur débutant en FID puis ↗ d'intensité et diffusion à tout l'abdomen - Fièvre > 38,5°C avec signes généraux marqués (tachycardie, polypnée...) - Irritation péritonéale : contracture, défense généralisée, douleur intense au TR
PC		- Hyperleucocytose importante - ASP : absence de pneumopéritoine → En cas de tableau typique, aucun examen d'imagerie n'est nécessaire pour le diagnostic	
TTT	- Traitement chirurgical en urgence : appendicectomie + lavage péritonéale - Sous antibiothérapie IV		
Terrains particuliers	Nourrisson	- Evolution rapide vers la perforation et la péritonite généralisée - Tableau clinique souvent trompeur (diagnostic à un stade évolué dans 50% des cas) : agitation, insomnie, anorexie, diarrhée, température élevée, AEG, déshydratation	
	Sujet âgé	- Douleur et réaction péritonéale moins marquées - Diagnostic souvent tardif, au stade d'appendicite gangréneuse , voire d'abcès - DD : tumeur colique droite infectée	
	Femme enceinte	- Au 1^{er} trimestre : appendicite en fosse iliaque droite (symptomatologie normale) - Au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre : refoulement de l'appendice vers l'hypochondre droit → écho ++ - Appendicite compliquée particulièrement grave (engage le pronostic de la grossesse)	
Diagnosics différentiels	- Gynécologique : salpingite, torsion d'annexe, GEU, ovulation douloureuse, endométriose → examen gynécologique, β-hCG, écho ± avis gynécologique, voire coelioscopie exploratrice en dernière intention - Urologique : pyélonéphrite droite, cystite → BU ± ECBU systématique, écho		
	Adéno lymphite mésentérique	= Cause la plus fréquente de syndrome pseudo-appendiculaire de l'enfant - Arguments évocateurs : - Antécédent récent de rhinopharyngite - Fièvre > 39° (trop élevée pour une appendicite non compliquée) - Douleur sans réelle défense de la FID - Echo/TDM : ADP multiples et volumineuses du mésentère de la dernière anse iléale - En cas de doute diagnostique : surveillance hospitalière pendant 24h (disparition des symptômes), coelioscopie exploratrice parfois nécessaire	
	Torsion de frange épiploïque	= Appendalgite : torsion d'un appendice grasseux appendu à la séreuse colique - Douleur de FID de début brutal, signes péritonéaux , mais sans signe infectieux - Syndrome inflammatoire sans hyperleucocytose - Echo/TDM : appendice normal, formation arrondie en cocarde appendue au colon - TTT : - AINS en 1 ^{ère} intention - Exploration chirurgicale si doute diagnostique ou non amélioration après 12h	
	- Gastroentérite : notion de contagé, vomissements abondants, diarrhée, sans signe péritonéaux - Diverticule de Meckel : possible complication avec douleurs de la FID brutales, fièvre et signes péritonéaux (rars au début) → diagnostic évoqué à l'imagerie, généralement fait en per-opératoire → Si l'appendice est normal lors de l'intervention, le déroulement des dernières anses grêles doit être systématique à la recherche d'une diverticulite de Meckel - Diverticulite du colon droit - Diverticule du sigmoïde avec boucle sigmoïdienne en FID - Iléo-colite : maladie Crohn iléo-colique, tuberculose iléo-caecale... - Tumeur carcinoïde de l'appendice - Invagination intestinale : enfant avec accès de pâleurs		

Prise en charge	Mise en condition	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jeun - Pose d'une VVP, hydratation + perfusion d'antalgique et d'antispasmodique - Si enfant mineur : autorisation parentale d'opérer signée - Consultation pré-anesthésie en urgence 		
	Appendicectomie chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> = Appendicectomie par laparotomie (incision de Mc Burney) ou coelioscopie - Antibioprofylaxie per-opératoire : Augmentin® en 1 dose - Prélèvements bactériologique si épanchement louche ou purulent péri-appendiculaire - Lavage du cul-de-sac de Douglas et de la gouttière pariéto-colique droite - Examen histologique systématique : confirmation du diagnostic, stade (appendicite catarrhale, suppurée, gangréneuse) et diagnostic différentiel (tumeur carcinoïde de l'appendice, Crohn...) 		
		Complications	<ul style="list-style-type: none"> = Rare en cas d'appendicite non compliquée - Iléus prolongé - Hématome ou abcès de paroi - Abcès intra-abdominal (lavage insuffisant) - Abcès du Douglas ou péritonite post-opératoire (lâchage du moignon appendiculaire) - A distance : occlusion sur bride, éventration du McBurney ou d'orifice de trocart 	
		Suites	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance : examen de la paroi (abcès de paroi), température, leucocytose - Reprise de l'alimentation à J0 - Sortie autorisée dès J1 en l'absence de complication 	
	Formes compliquées	Plastron	<ul style="list-style-type: none"> → En raison des signes inflammatoires locaux et de l'iléus, la dissection abdominale est difficile et le risque de plaie et de fistule du grêle est important - Prélèvements bactériologiques : ECBU + hémocultures répétées - TTT médical initial : antibiothérapie IV probabiliste par Augmentin® puis adaptée - En cas de résolution rapide des symptômes : appendicectomie à froid après 2 à 4 mois 	
		Abcès	Abcès de petite taille ou signes péritonéaux	- Traitement chirurgical d'emblée : appendicectomie + drainage
			Abcès volumineux	<ul style="list-style-type: none"> - Drainage par voie percutanée radiologique scanno-guidé - Antibiothérapie pendant 7 jours : probabiliste par Augmentin® puis adaptée aux germes trouvés dans l'abcès - Appendicectomie après 2 à 4 mois si évolution favorable
		Péritonite	<ul style="list-style-type: none"> - Urgence chirurgicale : appendicectomie et lavage abondant et soigneux de la cavité péritonéale (possible sous coelioscopie) - Sous antibiothérapie parentérale = C3G + métronidazole : poursuivie pendant ≥ 5 jours 	

Références : HAS 2012