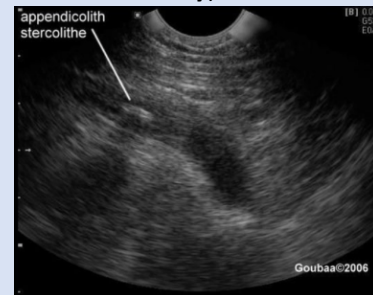


Item 351 – Appendicite

Généralités	▪ Urgence chirurgicale la + fréquente 130 000 appendicectomies /an ▪ <u>Risque</u> : perforation -> péritonite ▪ Ado, jeune adulte, 2^{ème} et 3^{ème} décennies, H>F ▪ Rare < 3 ans et sujet âgé : mais mortalité ++		
Physiopathologie	▪ Infection appendiculaire par obstruction de la lumière de appendice. Obstacle : endoluminal (stercolithe, ascaris..), pariétal (hyperplasie lymphoïde, tumeur appendiculaire), ou caecal ▪ => pullulation microbienne localisée + lésions muqueuses (puis pan-pariétales) : infiltrat inflammatoire + lésions infectieuses et ischémiques ▪ <u>Réaction inflammatoire</u> : appendice catarrhal/inflammatoire (simple congestion + dilatation des vaisseaux de la séreuse) -> appendicite suppurée (appendice recouvert de fausses mb)		
Diagnostic : appendicite aigüe typique	▪ <u>Symptômes</u> : - Dlr : torsion/crampe, en FID (épigastre, périombilicale), Ø i°, ↑ intensité dans les premières 24h - Fièvre 37,5-38,5°C - Nausées, vomissements - Trb transit : constipation ou diarrhée ▪ <u>Examen clinique</u> : - Palpation : dlr provoquée : défense en FID (max au point de Mc Burney). - +/- FID lors décompression brutale FIG ou FID ; dlr lat D au TR ⇔ irritation péritonéale ▪ <u>Paraclinique</u> : - SIB : hyperleucocytose à PNN + CRP élevée - Elimination dg #els : BU -, βHCG - Écho en 1ère intention : ➢ Diamètre appendice > 8 mm ➢ Paroi appendiculaire > 3 mm ➢ Aspect en cocarde ➢ Épanchement ou abcès périappendiculaire ➢ Présence d'un stercolithe appendiculaire - TDM 1ère intention chez sujet âgé (++) si opacification dig et IV) : ➢ ↑ taille de appendice et de sa paroi ➢ Infiltration de la giasse du méso-appendice ➢ +/- stercolithe ➢ +/- complications : abcès, épanchement périhépatique du Douglas		
Formes anatomiques possibles	▪ Pelvienne : dlr hypogastrique D, fébricule, dlr provoquée voire défense, dlr lat D au TR +/- signes urinaires (pollakiurie, dysurie) ou rectaux (ténésme, faux besoins) ▪ Sous-hépatique : symptômes de cholécystite aigüe (dlr hypochondre D, fièvre, défense). Dg écho ▪ Rétro-caecale : appendice en arr du caecum, en avant du psoas : dlr lombaires D, pas de défense en FID +/- position antalgique en psoïtis (cuisse D fléchie sur le tronc). Dg TDM ▪ Mésocoliaque : appendice au milieu des anses digestives => iléus réflexe dans ctx fébrile : occlusion + fièvre => intervention en urgence		
Formes compliquées	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="339 1794 550 2114"> Abcès appendiculaire </td><td data-bbox="550 1794 1495 2114"> ▪ Dlr localisée (parfois +/- diffuse, post, +/- pulsatile) + iléus réflexe + fièvre élevée 39°C (Ø frissons) ▪ +/- perception d'une masse dloreuse de FID, AEG ▪ Hyperleucocytose (> 15 000) +++ ▪ TDM ++++ ou écho en urgence : collection liquidienne entourée d'une coque prenant le pdc + réaction inflammatoire des mésos et des organes + iléus réflexe ▪ <u>Tt</u> : - Drainage en urgence </td></tr> </table>	Abcès appendiculaire	▪ Dlr localisée (parfois +/- diffuse, post, +/- pulsatile) + iléus réflexe + fièvre élevée 39°C (Ø frissons) ▪ +/- perception d'une masse dloreuse de FID, AEG ▪ Hyperleucocytose (> 15 000) +++ ▪ TDM ++++ ou écho en urgence : collection liquidienne entourée d'une coque prenant le pdc + réaction inflammatoire des mésos et des organes + iléus réflexe ▪ <u>Tt</u> : - Drainage en urgence
Abcès appendiculaire	▪ Dlr localisée (parfois +/- diffuse, post, +/- pulsatile) + iléus réflexe + fièvre élevée 39°C (Ø frissons) ▪ +/- perception d'une masse dloreuse de FID, AEG ▪ Hyperleucocytose (> 15 000) +++ ▪ TDM ++++ ou écho en urgence : collection liquidienne entourée d'une coque prenant le pdc + réaction inflammatoire des mésos et des organes + iléus réflexe ▪ <u>Tt</u> : - Drainage en urgence		



		- Appendicectomie (si abcès volumineux, M2-M4) - +/- ATB si abcès volumineux
	Plastron appendiculaire	▪ = infiltration inflammatoire diffuse, mal limitée de région périappendiculaire = péritonite localisée ▪ Dlr FID diffuses + sensation d'empatement d'reux ▪ Peau +/- rouge et chaude ▪ Palpation masse d'reuse, mal limitée, abdo souple, abs de défense ▪ Sd infectieux +++ (> 38,5°C, hyperleuco ++) ▪ TDM i : masse FID engainant anses grêles + signes inflammatoires +++ ▪ Risque évolution Ø Tt : abcédation ▪ <u>Tt</u> : - ATB IV - Antalgiques - Appendicectomie ultérieure (M2-M4) - Prlvt urinaires et sanguins
	Péritonite généralisée	▪ Inaugurale ou rupture d'un abcès ou rupture d'un abcès compliquant un plastron ▪ Dlr FID puis ↑ intensité, > 38,5°C, signes généraux ▪ <u>Clinique</u> : signes péritonéaux : défense, contracture, dlr intense au TR ▪ Hyperleuco +++ ▪ Ø pneumopéritoine ▪ Ø imagerie ▪ <u>Tt</u> : - URGENCE - ATB dès dg et pendant 5-7 j - Chirurgie: lavage péritonéal + appendicectomie
Formes selon le terrain	Appendicite du nourrisson	▪ Evolution rapide vers perforation et péritonite aigüe ▪ Tableau clinique trompeur : agitation, insomnie, anorexie, diarrhée, temp élevée, AEG rapide + signes déshydratation
	Appendicite du sujet âgé	▪ Dlr et réaction péritonéale moins marquées ▪ Dg porté au stade d'appendicite gangreneuse voire abcès ▪ #el = tumeur colique D
	Appendicite femme enceinte	▪ T1 : symptomatologie comparable pop° G ▪ Puis appendice refoulé vers hypochondre D ▪ Signes péritonéaux svt absents ▪ Échographie ++
Diagnostics différentiels	Affections extra-abdominales	▪ <u>Affections gynécologiques chez la femme jeune</u> : ○ Salpingite : dlr hypogastriques + sd infectieux F en période d'activité génitale, pertes vaginales, douleur au TV Echographie ++ ○ Torsion d'annexe, GEU, ovulation douloureuse endométriose : sd infectieux abs, dg par βHCG, examen gynéco, écho en urgence ▪ <u>Affections urinaires</u> : pyélonéphrite D : dlr lombaires et FID + sd infectieux +/- signes urinaires => BU +/- ECBU +/- écho

	Affections intra-abdominales	▪ Adénolymphite mésentérique : - Cause la + frqte chez enfant - ATCD de rhino-pharyngite, > 39°C, dlr FID Ø défense - <u>Dg</u> : écho ou TDM : ADP multiples et volumineuses du mésentère et de la dernière anse iléale - <u>Si doute</u> : H° avec surveillance voire exploration chirurgicale ▪ Torsion de frange épiploïque = appendalgite : - Côlon D - Dlr FID brutale + signes péritonéaux en FID, Ø signes infectieux, sd inflammatoire sans hyperleucocytose - Echo > TDM : formation arrondie en cocarde appendue au côlon - <u>Tt</u> : anti-inflammatoires ▪ Gastroentérite : Notion de contag, vomissements abondants, diarrhée, absence de signes péritonéaux ▪ Diverticule de Merkel : - Diverticule du bord antimésentérique de iléon terminal en regard de terminaison de a. mésentérique sup - Contient +/- muqueuse gastrique ectopique - Asympto ++ - Peut se compliquer : dlr FID intenses brutales dans ctxt fébrile - Signes péritonéaux rares au début ▪ <u>Autres</u> : diverticulite du côlon D, diverticule du sigmoïde avec boucle sigmoïdienne localisée en FID, maladie de Crohn iléocolique, tuberculose iléo-caecale, sarcoïdose, tumeur carcinoïde de appendice, invagination intestinale
Prise en charge	Traitement	▪ A jeun ▪ VVP : hydratation +/- correction trb hydroélectrolytiques ▪ Antalgiques ▪ Appendicectomie : - Laparotomie (incision de McBurney) ou coelioscopie. + ATBp en perop - Prlvt si épanchement louche ou purulent périappendiculaire - Si forme compliquée : lavage Douglas et gouttière pariétocolique D - Examen anapath ▪ Surveillance : examen paroi abdo + temp ▪ Alimentation reprise à J1
	Complications post-op	▪ Iléus prolongé ▪ Hématome ou abcès de paroi ▪ Abcès du Douglas ou péritonite post-op par lâchage du moignon appendiculaire ▪ Complication anesthésique, infection urinaire, veinite, complication thromboembolique ▪ A distance : occlusions sur bride, éventrations sur Mc Burney ou orifice de trocart