

2017

UNIVERSITE ABOUBEKR  
BELKAID TLEMCEN

Pr BEREKSI REGUIG  
Amina EP TERKIA  
maitre de conférences A  
Chirurgie Générale

# [LES APPENDICITES AIGUES]

Cours du module de Gastroentérologie

## **Plan**

- I- Définition**
- II- Physiopathologie**
- III- Anatomopathologie**
- IV- Diagnostic positif**
- V- Formes cliniques**
- VI- Diagnostic différentiel**
- VII- Traitement**

## **I- Définition**

- C'est l'inflammation aigue de l'appendice vermiculaire.
- Urgence abdominale la plus fréquente.
- Doit être évoquée devant tout abdomen aigu.
- Il n'y a pas de parallélisme anatomoclinique.

## **II- Physiopathologie**

### 1. Par voie hématogène:

Exceptionnelle, la porte d'entrée est située à distance et les germes atteignent l'appendice par voie sanguine.

### 1. Par contiguïté: +

L'atteinte appendiculaire se fait de dehors en dedans à partir d'un foyer infectieux du voisinage, en particulier gynécologique.

### 1. Par voie endogène: +++

La plus fréquente. Les germes responsables sont ceux retrouvés dans la lumière colique voisine. Pour entraîner l'infection appendiculaire, certaines conditions sont nécessaires

- L'oblitération de la lumière appendiculaire prédispose à l'augmentation de la pression intra-luminale et à la pullulation microbienne en vase clos.
- L'oblitération appendiculaire relève de causes variées, coprolithe, corps étranger (noyaux), parasites, hypertrophie lymphoïde, etc.
- L'altération de la vascularisation appendiculaire entraîne un infarctus nécrotique de la muqueuse qui constitue le point de départ.

## **III- Anatomopathologie**

- Appendicite catarrhale:

L'organe est hyperhémie, congestif avec une hypervascularisation séreuse.  
Il n'y a pas de réaction péritonéale.

- Appendicite ulcéreuse:

L'appendice est rouge, turgescence et œdématisée. Avec quelques dépôts de fausses membranes.

Histologiquement, la muqueuse présente des ulcérations. Le contenu de la lumière est purulent.

La réaction péritonéale est de type séreux.

- Appendicite abcédée:

Il s'agit d'un véritable abcès appendiculaire.

La paroi est infiltrée de micro-abcès. Les fausses membranes sont très nombreuses.

La réaction péritonéale est de type séro-hématique.

- Appendicite gangreneuse:

L'appendice est verdâtre, nécrotique avec des plages de sphacèles noirâtres. Histologiquement, il y a destruction complète de tous les éléments de la paroi appendiculaire.

La réaction péritonéale se présente sous forme d'un exsudat louche et nauséabond.

L'évolution de ces lésions est variable et imprévisible.

Certaines appendicites catarrhales peuvent régresser, mais le plus souvent, la progression de lésions aboutit à la perforation.

La perforation peut inaugurer l'histoire appendiculaire lorsque les phénomènes de nécrose prédominent d'emblée.

#### **IV- Diagnostic positif**

Clinique TDD; appendicite aiguë de l'adulte en position iliaque droite

##### **Signes fonctionnels**

1. Douleur, toujours présente.

Début souvent au niveau de la région épigastrique et se localise au bout de quelques heures au niveau de la FID, Lancinante, Permanente.

2. Vomissements, alimentaires puis bilieux. Parfois remplacés par des nausées.

3. Troubles du transit, habituellement constipation, les diarrhées témoignent généralement d'une forme toxique.

##### **Signes généraux**

1-Température légèrement élevée entre 37,5 et 38,5

2-Pouls modérément accélérée.

3-Langue saburrale.

## Signes physiques

2 signes sont capitaux et suffisent au diagnostic

1. Douleur provoquée à la palpation douce et progressive de la FID. Il s'agit d'une zone et non d'un point, située à la jonction des 2/3 internes et du 1/3 externe de la ligne reliant l'ombilic à l'EIAS.
2. Défense (retentissement sur la séreuse péritonéale avec contracture du muscle grand droit)

Le toucher rectal retrouve une douleur vive accentuée à droite.

Les autres signes sont accessoires

- a. *Signe de Mac Burney*, douleur à la palpation de la FID.
- b. *Signe de Bloomberg*, douleur à la décompensation brutale de la FID.
- c. *Signe de Rowsing*, douleur à la FID par compression de la FIG.
- d. *Signe de Drachter*, douleur à la FID par percussion du talent.
- e. *Signe de Head et Mackenzie*, hyperesthésie de la FID avec abolition ou diminution des réflexes cutanés dans la FID.

***Le diagnostic de l'appendicite aiguë se résume donc en une douleur à la FID (spontanée et provoquée) avec fièvre et contracture.***

## Examens paracliniques

A. FNS: Montre une hyperleucocytose avec polynucléose.

B. ASP: Montre une image aérique ou hydro-aérique à hauteur du promontoire et du coté droit (anse sentinelle). Parfois, il révèle la présence d'un coprolithe calcifiée de la FID.



Stercolithe

**ASP Debout Face**

C. L'échographie abdominale peut mettre en évidence des signes en faveur du diagnostic :

- diamètre de l'appendice > 8 mm ;
- paroi appendiculaire > 3 mm ;
- aspect en cocarde ;
- épanchement ou abcès péri-appendiculaire ;
- présence d'un stercolithe appendiculaire.

Elle permet d'éliminer des diagnostics différentiels gynécologiques, urinaires ou intestinaux (iléite terminale dans le cadre d'une maladie de Crohn).

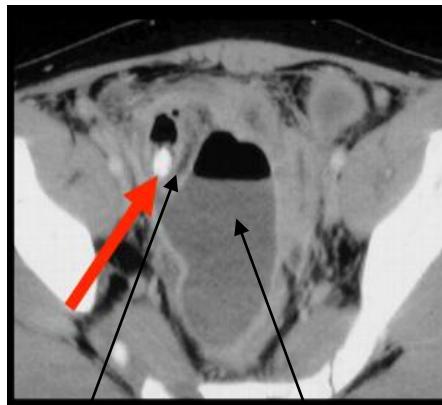
D . Le scanner abdominal

Examen complémentaire de référence pour toute urgence abdominale en cas de doute diagnostique, en raison d'une valeur prédictive négative proche de 100 % - c'est-à-dire que la visualisation d'un appendice normal au scanner élimine le diagnostic d'appendicite.

Les performances du scanner sont d'autant meilleures qu'il est réalisé avec opacification digestive et injection IV de produit de contraste.

Le diagnostic repose sur

- une augmentation de taille de l'appendice et de sa paroi,
- une infiltration de la graisse du mésoappendice et
- la présence éventuelle d'un stercolithe ou
- d'une complication : abcès, épanchement péri-hépatique, du cul-de-sac de Douglas voire de la grande cavité péritonéale.



Appendicite pelvienne      Abcès appendiculaire

**TDM abdominale : Coupe axiale**

## V- Formes cliniques

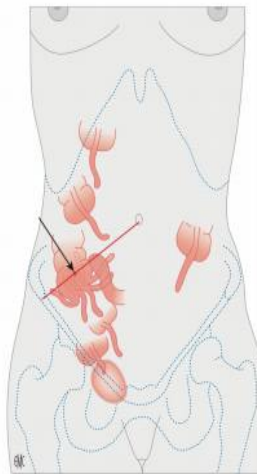
### A. Formes topographiques:

1-Appendicite pelvienne: LA douleur est bas située, s'accompagnant de signes urinaires (dysurie) et rectaux (ténesme) La FID est libre. Les toucher pelviens peuvent faciliter le diagnostic qui peut se confondre avec une salpingite chez la femme.

2-Appendicite sous-hépatique: La douleur est haut située, rapidement accompagnée d'une défense de l'hypochondre droit simulant une cholécystite aiguë, d'où l'intérêt de l'échographie abdominale.

3-Appendicite rétro-caecale: Le tableau clinique simule une infection urinaire ou un phlegmon périnéphrétique. La douleur siège au niveau de la fosse lombaire droite avec psoititis, le max des signes siège dans la crête iliaque droite, d'où intérêt de l'ECBU, l'UIV et l'échographie abdominale.

4- Appendicite méso-cœliaque: L'appendice se trouve au milieu des anses intestinales et son atteinte donne un tableau d'une occlusion fébrile.



### Variantes anatomiques de l'appendice

### B. Formes évolutives:

L'appendicite aiguë peut se révéler d'emblée par une péritonite ou plus rarement par un abcès appendiculaire.

#### 1. Péritonite purulente généralisée:

Le tableau est souvent typique, avec douleurs en coups de poignard, débutants dans la FID puis diffusants rapidement vers tout l'abdomen, avec un syndrome infectieux sévère se traduisant par une fièvre sup à 39°, tachycardie et altération du faciès.

L'examen retrouve une contracture généralisée tout en prédominant à droite. Le TR réveille une douleur au fond du cul-de-sac de Douglas.

L'ASP montre une absence de pneumopéritoine avec présence d'une grisaille diffuse et iléus réflexe (aéroiléie et aérocolie.)

2. Péritonite putride:  
Réalisée par une perforation d'un appendice gangrenée.  
Elle se distingue de la précédente par les discrets signes locaux, l'intensité de la douleur et la gravité de l'AEG traduisant l'état de choc

3. Péritonite appendiculaire localisée ou abcès appendiculaire:

Le tableau d'infection aiguë fébrile est fait de douleurs intenses à droite, vomissements, constipation, voir arrêt des matières et des gaz. L'examen retrouve une défense pariétale avec empatement de la FID. Le traitement doit être urgent.

4. Plastron appendiculaire:

C'est l'évolution subaiguë de l'appendicite qui laisse le temps au péritoine de se cloisonner avec formation d'adhérences épiploïques et grêliques séparant la FID du reste de la cavité péritonéale.

Il évolue dans un contexte subaigu avec asthénie, amaigrissement, nausées, constipation et douleur à la FID évoluant depuis plusieurs semaines.

L'examen retrouve un empatement profond de la FID, dure, blindant la paroi, mal limité et parfois accessible au TR.

Il pose le diagnostic différentiel avec une tumeur, imposant parfois la pratique d'un lavement baryté qui objective un refoulement du cæcum avec image de compression intestinale distale opacifiée.

Un traitement médical (antibiotiques + poche de glace) doit être instauré avec surveillance étroite (clinique, FNS et température) L'appendicectomie sera pratiquée 3 à 4 mois plus tard. En l'absence de traitement, des complications sont possibles à type de

- Fissure dans la cavité péritonéale avec péritonite généralisée purulente ou putride.
- Fissure dans un viscère du voisinage (rectum, grêle, vessie.)
- Fissure à la peau ou fistule pyostercorale.

5. Appendicite toxique :

Est habituellement liée à la gangrène de l'appendice et à la nature anaérobie des germes en cause. Elle se rencontre essentiellement chez l'enfant.

Elle se révèle par des vomissements répétés, diarrhées, douleur abdominale modérée avec sensibilité de la FID. L'état général est sévèrement atteint, le faciès est gris, terreux, les yeux cernés, le pouls accélérée. Souvent, il existe une oligoanurie avec hypoTA.

**C. Formes selon le terrain:**



1. Appendicite de la femme enceinte: survient habituellement en début de grossesse. La douleur et les vomissements sont souvent mis sur le compte d'une pyélonéphrite ou de la grossesse. Au-cours du dernier mois de grossesse, les difficultés sont moindres,

la symptomatologie est souvent rapportée à la grossesse. La douleur est isolée, sans vomissements, ni fièvre, ni contracture. Il faut savoir donner toute la valeur à la palpation abdominale en DLG et aux touchers pelviens.

2. Appendicite du vieillard: 2 formes cliniques sont habituelles  
\*Tableau d'une occlusion fébrile.  
\*Tableau d'une appendicite pseudo-tumorale, correspondant à une forme diagnostiquée tardivement.

La clinique doit s'efforcer de retrouver une crise antérieure ainsi que l'épisode aigu initial.

Par ailleurs, l'association d'une image radiologique atypique au lavement baryté doit faire évoquer un cancer colique droit.

2. Appendicite de l'enfant: La difficulté du diagnostic est en rapport avec la difficulté d'examen (enfant agité.) La douleur abdominale est fréquente et en rapport avec les infections virales ou bactériennes

## **VI- Diagnostic différentiel**

### **a) Affections gynécologiques chez la femme jeune**

- La salpingite associe des douleurs hypogastriques et un syndrome infectieux. Le diagnostic différentiel est parfois difficile notamment en cas d'appendicite pelvienne.évoquée chez une femme en période d'activité génitale devant des pertes vaginales et une douleur au TV, et est confirmée par l'échographie pelvienne.

- Torsion d'annexe, grossesse extra-utérine, ovulation douloureuse, endométriose peuvent aussi être évoquées.

Le syndrome infectieux clinique ou biologique est absent. Le diagnostic repose sur le dosage des  $\beta$ -hCG, l'examen gynécologique et l'échographie pelvienne en urgence.

### **b) Affections urinaires**

La pyélonéphrite droite associe douleurs lombaires et de la FID avec un syndrome infectieux.

La présence de signes urinaires et la réalisation systématique d'une bandelette urinaire en cas de douleur abdominale permettent de redresser le diagnostic qui est confirmé par un ECBU et une échographie pelvienne.

### **c) Adénolymphite mésentérique**

C'est la cause la plus fréquente de syndrome pseudo-appendiculaire chez l'enfant. Les arguments faisant évoquer ce diagnostic sont : des antécédents récents de rhinopharyngite, une fièvre  $> 39^\circ\text{C}$  (trop élevée pour une appendicite non compliquée), une douleur de la FID sans réelle défense.

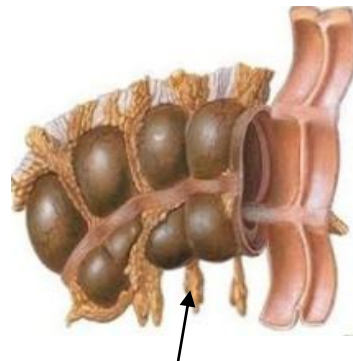
Le diagnostic repose sur l'échographie (très utile chez l'enfant et n'entraînant pas d'irradiation) ou le scanner (dont l'indication doit cependant être mesurée chez l'enfant) qui élimine l'appendicite aiguë et peut montrer des adénopathies multiples et volumineuses du mésentère de la dernière anse Iléale

#### **d) Torsion de frange épiploïque**

La torsion d'une frange épiploïque (appendice graisseux appendu à la séreuse colique) peut mimer un syndrome appendiculaire quand elle intéresse le côlon droit.

Egalement appelé « appendagite », ce syndrome associe des douleurs de la FID, souvent de début brutal, des signes péritonéaux en FID, l'absence de signe infectieux et un syndrome inflammatoire sans hyperleucocytose.

Seule l'imagerie (échographie plutôt que scanner) peut redresser le diagnostic en montrant un appendice normal et une formation arrondie en cocarde appendue au côlon et au contact du péritoine

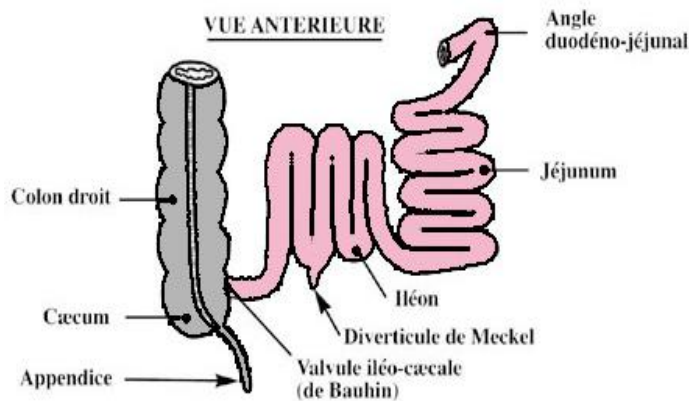


Appendice épiploïque

#### **Vue anatomique partielle du colon**

#### **e) Diverticule de Meckel**

Il s'agit d'un diverticule plus ou moins volumineux situé sur le bord antimésentérique de l'iléon terminal en regard de la terminaison de l'artère mésentérique supérieure.



Ce diverticule peut contenir une muqueuse gastrique ectopique. Presque toujours asymptomatique, il peut se compliquer en donnant des douleurs de la FID, souvent intenses et de début brutal dans un contexte fébrile. Les signes péritonéaux sont rares au début.

Le diagnostic, évoqué sur l'imagerie, est le plus souvent fait en per-opératoire.

En effet, en cas d'intervention pour syndrome appendiculaire, si l'appendice est normal, le déroulement des dernières anses grêles doit être systématique afin de ne pas méconnaître ce diagnostic.

#### **f) Autres diagnostics différentiels**

Leur fréquence est rare

Diverticulite du côlon droit, ou d'un diverticule du sigmoïde avec une boucle sigmoïdienne localisée en fosse iliaque droite,

Tuberculose iléo-cæcale,

Sarcoïdose,

Tumeur carcinoïde de l'appendice,

Invagination intestinale.

La maladie de Crohn iléocolique est un diagnostic différentiel important à connaître avant d'envisager une appendicectomie car il est fréquent. L'existence d'un syndrome diarrhéique associé parfois à des signes extradigestifs (aphtes, douleurs articulaires, érythème noueux) peut orienter le diagnostic.

### **VII- Traitement**

#### **A. Appendicite aiguë non compliquée**

Le patient est laissé à jeun, une voie d'abord veineuse est mise en place pour hydratation, correction d'éventuels troubles hydroélectrolytiques et perfusion

d'antalgiques et d'antispasmodiques.

L'appendicectomie est réalisée dès que possible par laparotomie (incision deMcBurney) ou coelioscopie. Une antibioprophylaxie est réalisée en peropératoire.

La pièce d'appendicectomie est envoyée pour examen anatomopathologique

#### **B. Plastron appendiculaire**

En raison des signes inflammatoires locaux importants et de l'iléus, la dissection abdominale est difficile et le risque de plaie et de fistule du grêle important.

Le traitement est initialement médical avec des antalgiques, une antibiothérapie parentérale probabiliste (contre les germes digestifs), puis adaptée à d'éventuels germes mis en évidence par hémoculture.

En cas de résolution rapide des symptômes, l'appendicectomie sera réalisée de façon classique, 2 à 4 mois plus tard pour éviter la récurrence.

### **C . Abscess appendiculaire**

En cas d'abcès de petite taille ou associé à des signes péritonéaux : le traitement est chirurgical d'emblée avec appendicectomie et drainage.

En cas d'abcès volumineux : drainage de l'abcès par voie percutanée radiologique ou chirurgicale et antibiothérapie pendant 7 jours (d'abord probabiliste puis adaptée aux germes trouvés dans l'abcès).

L'appendicectomie sera réalisée 2 à 4 mois plus tard en cas d'évolution clinique favorable.

### **D. Péritonite appendiculaire**

Dès le diagnostic établi, une antibiothérapie parentérale est mise en route et le patient est opéré après avoir été vu par l'anesthésiste. L'intervention consiste en une appendicectomie associée à un lavage abondant et soigneux de la cavité péritonéale.

Elle peut être réalisée en coelioscopie.

L'antibiothérapie est poursuivie au moins 5 jours.