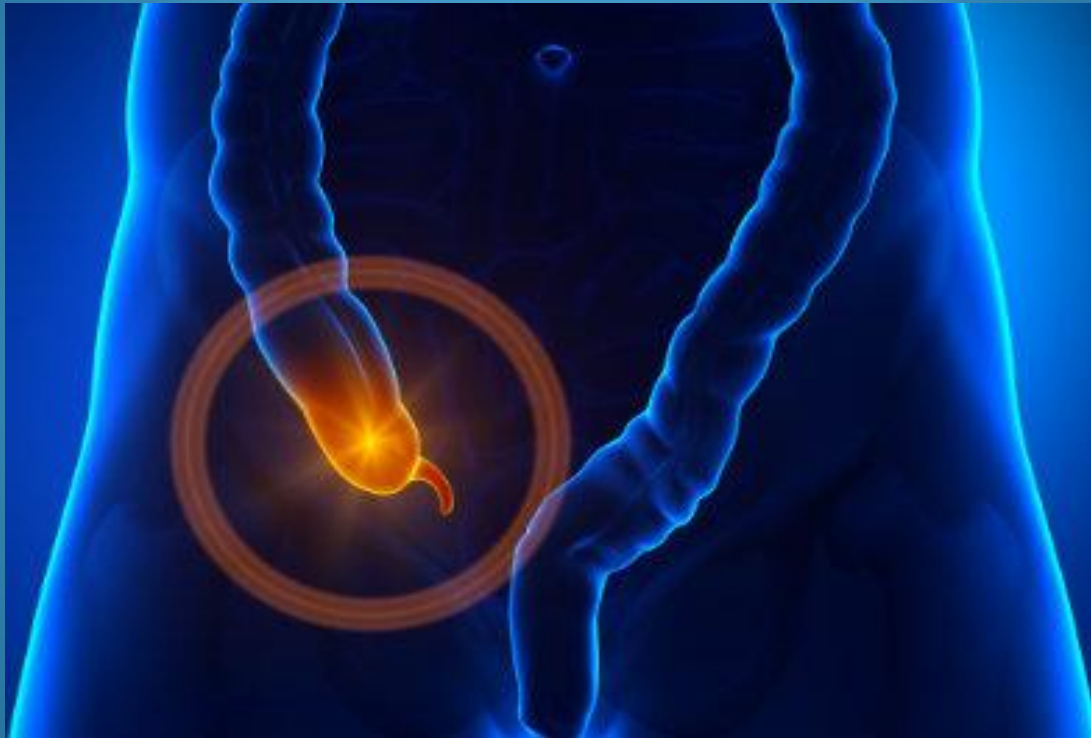


Appendicites aiguës:



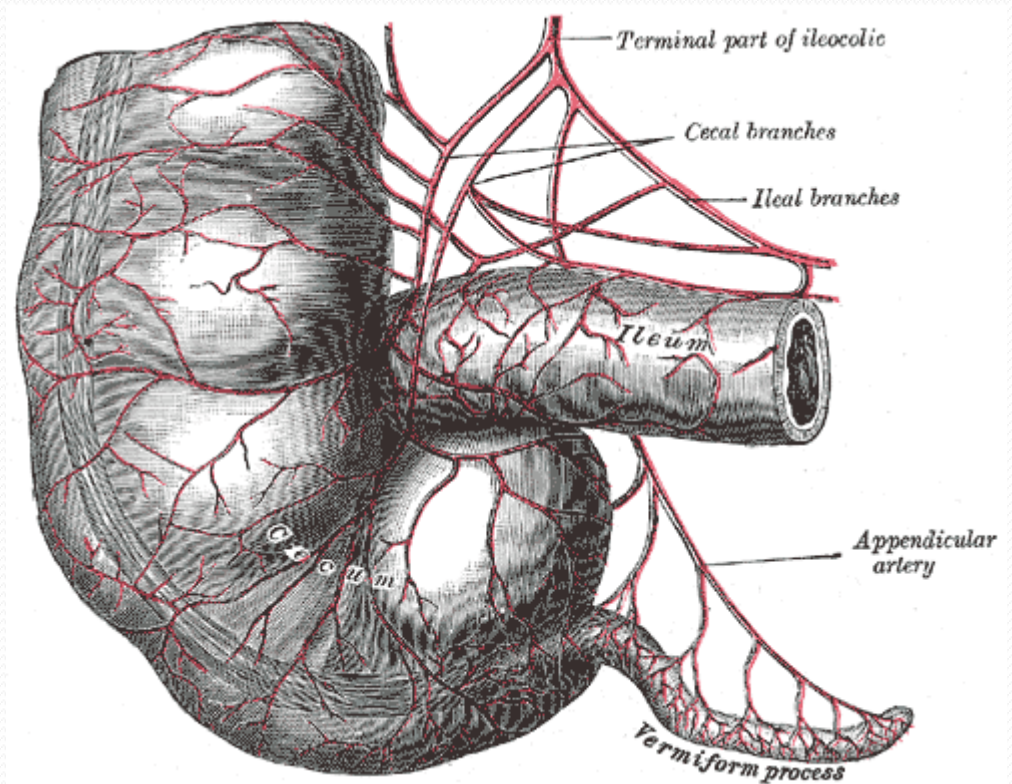
Dr: H.BENTOUHAMI
Service de chirurgie générale,
CHU Sétif

DEFINITION – GENERALITES :

- L'inflammation aiguë de l'appendice iléo-cæcal (l'appendice vermiculaire)
- C'est **l'urgence abdominale** la plus fréquente
- Absence de parallélisme anatomo-clinique
- **Polymorphisme** clinique

Anatomie

- L'appendice est un diverticule creux appendu à la surface médiane du cæcum, 3 cm au-dessous de l'abouchement iléal

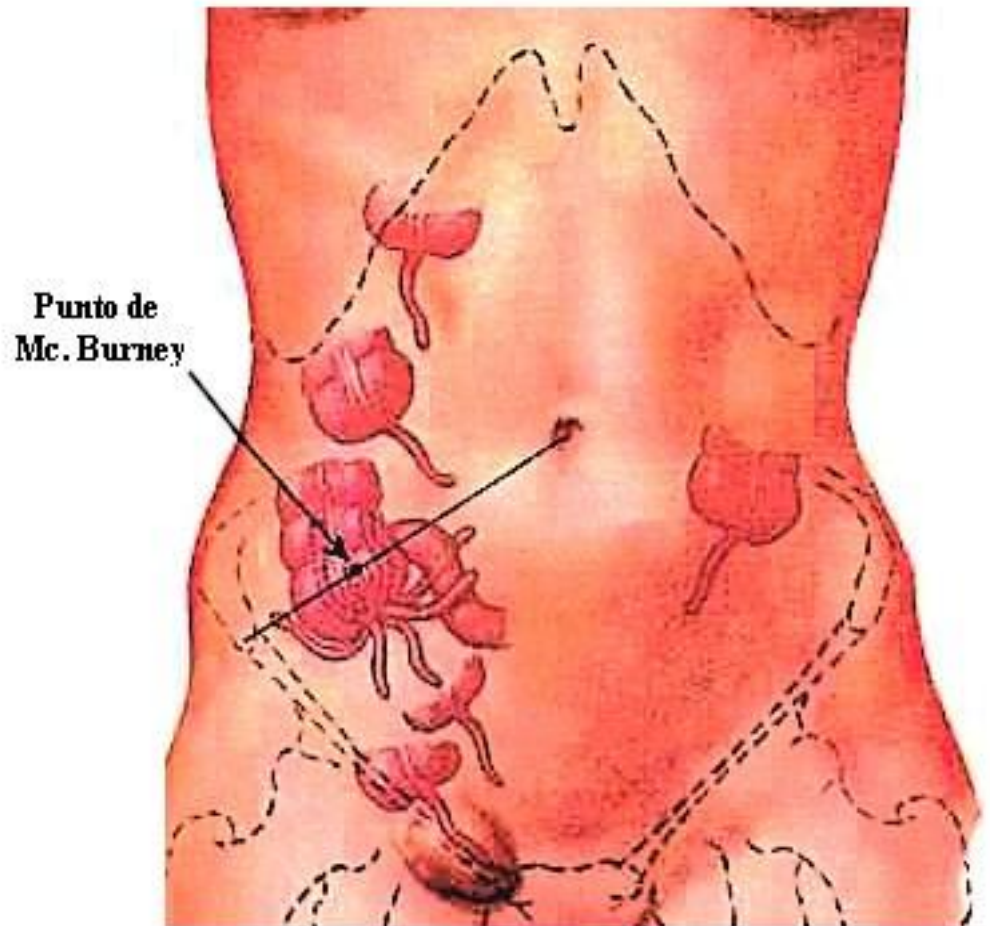


Variations de position:

-l'appendice peut être:

latéro-coecale interne
rétro-coecale
sous-hépatique
méso-coeliaque
pelvien

Variaciones de la posición del apéndice



Physiopathologie:

- L'infection appendiculaire se fait, par
- **voie hématogène**: exceptionnellement
- **voie endogène**:+++ la plus fréquente

Par obstruction de la lumière appendiculaire
provoquée par :

une prolifération des tissus lymphoïdes sous-muqueux
un stercolithe; un corps étranger ; un parasite,

- **Par contigüité**: a partir d'un foyer infectieux du voisinage ,(gynécologique)



© Division of Pediatric Surgery - Brown Medical School

Anatomopathologie:

A. Appendicite catarrhale: L'organe est hyperhémie, congestif avec une hypervascularisation

B. Appendicite ulcéreuse: L'appendice est rouge, turgescence et oedématisée.

Elle présente quelques dépôts de fausses membranes. la muqueuse présente des ulcérations. Le contenu de la lumière est purulent.

C. Appendicite abcédée: Il s'agit d'un véritable abcès appendiculaire.

La paroi est infiltrée de micro-abcès.

D. Appendicite gangreneuse: L'appendice est verdâtre, nécrotique avec des plages de sphacèles noirâtres.

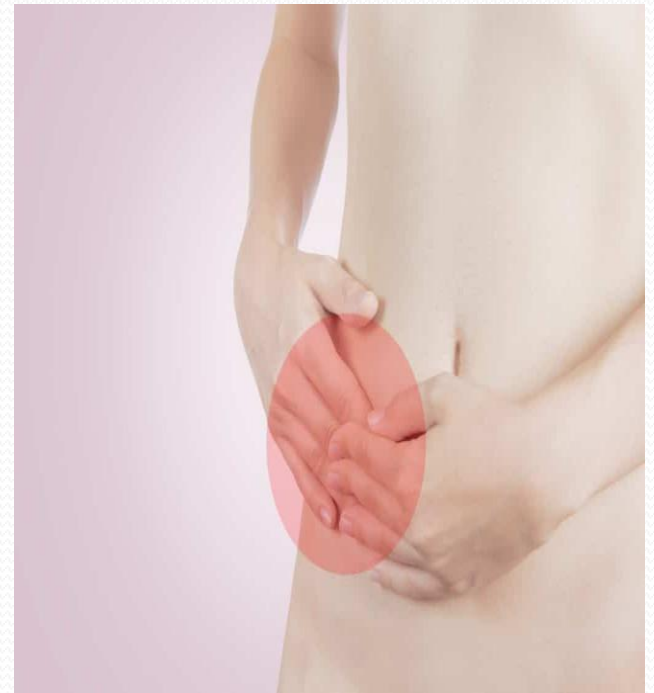
DIAGNOSTIC POSITIF:

- TD: Appendicite aiguë de l'adulte en position iliaque droite



Signes fonctionnels:

- ***La douleur***: le symptôme majeur de AA, toujours présente, débute souvent au niveau de la région épigastrique ou périombilical puis se localise au niveau de la FID.
- Accompagnée de : **Nausées**
vomissements ,
troubles du transit



Signes généraux:

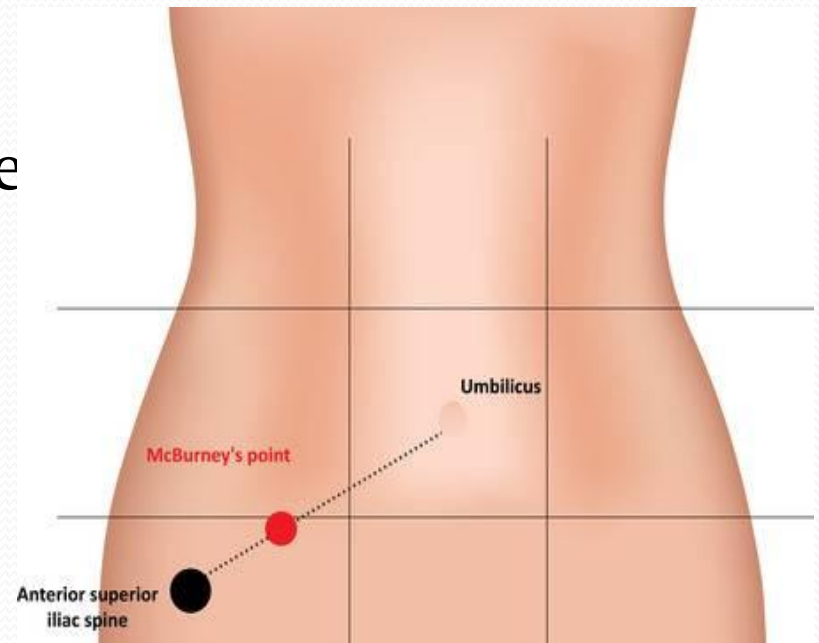
- Température légèrement élevée.
- Pouls modérément accélérée.
- Langue saburrale.

Signes physiques:

- 1. **Douleur provoquée** à la palpation douce et progressive de la FID.

au point de **Mac Burney** situé a la jonction des 2/3 internes et du 1/3 externe de la ligne reliant l'ombilic à l'EIAS.

- 2. **Défense pariétale**
- 3. **Le toucher rectal** retrouve une douleur vive accentuée à droite.



Les autres signes sont accessoires:

- Signe de Bloomberg:
douleur à la décompensation brutale de la FID.
- Signe de Rowsing:
douleur à la FID par compression de la FIG.

Examens complémentaires:

- *Biologie:*

FNS: une hyperleucocytose avec polynucléose.

CRP +++

VS accélérée

Imagerie:

- ***Abdomen Sans Préparation (ASP): souvent normal***
(Iléus paralytique, Stércolithe au niveau de la FID)
- ***Echographie Abdominale:*** les signes en faveur AA
appendice dilaté diamètre sup. à 6mm
Épaississement pariétale sup a 3mm
Image en **cocarde à 5 couches à la coupe**
Existence d'un **abcès appendiculaire** ou présence
d'un stercolithe
présence d'un épanchement
- ***Scanner abdominopelvien:*** si diagnostic difficile





- **FORMES CLINIQUES:**

FORMES EVOLUTIVES:

- **Péritonite généralisée:**

douleurs en coups de poignard, débutants dans la FID puis diffusants rapidement vers tout l'abdomen, avec un syndrome infectieux sévère

L'examen retrouve une contracture généralisée

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

FORMES EVOLUTIVES:

- **Péritonite localisée ou abcès appendiculaire:**

tableau d'infection aiguë fébrile est fait de douleurs intenses à droite, vomissements, constipation

L'examen retrouve une défense pariétale avec empatement de la FID.

FORMES EVOLUTIVES:

- *Plastron appendiculaire:*

C'est l'évolution subaiguë de AA 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.

L'examen retrouve un empattement profond de la FID, dure, blindant la paroi, mal limité

FORMES TOPOGRAPHIQUES:

- **1- Appendicite pelvienne:** douleur hypogastrique, s'accompagnant de signes urinaires+++ peut se confondre avec une salpingite chez la femme.
- **2- Appendicite sous-hépatique:** simulant une cholécystite aiguë, d'où l'intérêt de l'échographie
- **3- Appendicite rétro-caecale:** psoitis . douleur déclenchée par la flexion de la cuisse
- **4- Appendicite méso-coeliaque:** tableau d'une occlusion fébrile.

FORMES SELON LE TERRAIN:

- Appendicite de la femme enceinte
- Appendicite du vieillard
- Appendicite chez l'enfant

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

*affection
médicales*

*colique
néphrétique ,
pyélonéphrite
Intoxication
alimentaire*

*affection
génitales :*

*GEU ,
torsion du kyste
de l'ovaire ,
salpingite*

*affections
chirurgicales :*

*perforation U ,
cholécystite ,
diverticulite ,
pancréatite*

Traitement:

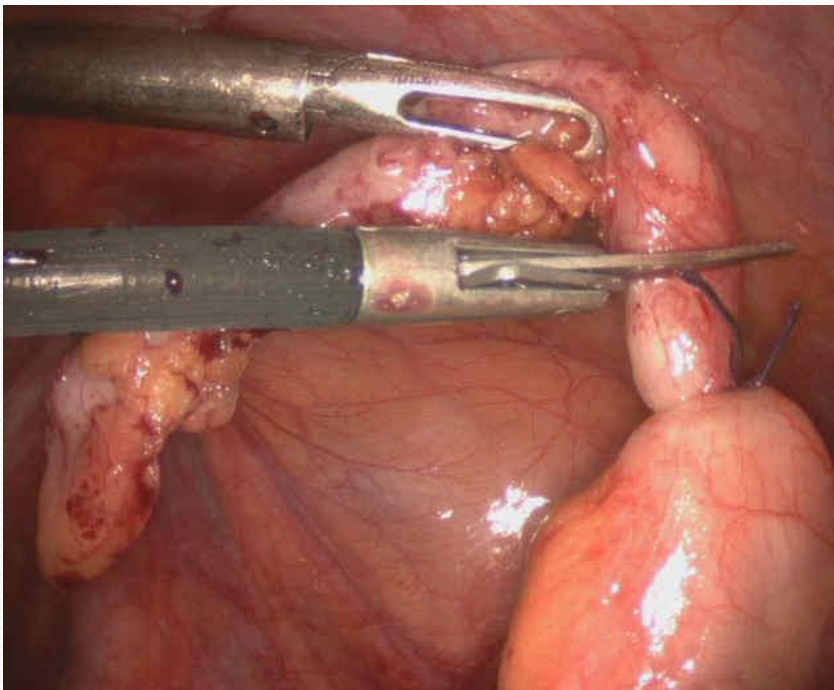
- Le traitement est exclusivement chirurgicale; c'est l'appendicectomie

- ***Buts :***

enlever l'appendice malade
prévenir les complications

TRT chirurgicale:

- Après une préparation préopératoire et ATBthérapie
- ***L'appendicectomie*** est réalisée par voie classique, ou par laparoscopie



Indications:

- appendicite Simple : Appendicectomie classique, coelioscopique
- abcès appendiculaire :
Appendicectomie + Drainage en même temps où
Drainage échoguidé puis appendicectomie ultérieure
- plastron appendiculaire :
TRT ATB + appendicectomie à froid (2 a 3mois)
- péritonite appendiculaire :
une toilette complète du péritoine + Appendicectomie. +drainage

Conclusion:

- L'appendicite aiguë est une urgence chirurgicale fréquente
- Peut être grave si elle n'est pas prise en charge à temps
- Son diagnostic est clinique
- Le TRT de référence reste la chirurgie

Merci

