

APPENDICITE AIGUE CANCER COLORECTAL

Dr H KHELLAF
cours de sémiologie digestive 3ème année



L'APPENDICITE AIGUE

I/ Anatomie et physiologie :

L'appendice est un diverticule conique du cæcum, situé à 2,5 cm au dessous de la valvule iléo-cæcale. Sa position intra abdominale est variable selon

- ✓ la morphologie des sujets
- ✓ la position du cæcum.
- ❖ Chez le jeune, l'appendice contient de nombreux follicules lymphoïdes qui s'atrophient avec l'âge.
- ❖ La fonction de l'appendice est inconnue, mais sa suppression n'a aucune incidence.

DEFINITION

L'appendicite aigue est une inflammation aigue del'appendice.
L'appendicite serait due au développement intra luminal de l'infection en amont de l'obstruction mécanique ou fonctionnelle de la lumière appendiculaire.

III/ Clasification :

Evolve en quatre stades :

- Inflammation initiale : **Appendicite catarrhale**
- la progression de l'inflammation entraine l'apparition de pus dans la lumière appendiculaire :
Appendicite suppurée
- l'altération de la vascularisation pariétale puis la gangrène : **Appendicite gangreneuse**
- Perforation responsable de péritonite : **Appendicite perforée** (péritonite localisée, péritonite généralisée).

IV/ ETUDE SEMIOLOGIQUE :

A/ LA FORME TYPIQUE :

1/LES SIGNES FONCTIONNELS :

a/ la douleur abdominale :

- Ø La douleur est le maître symptôme. se localise dans la fosse iliaque droite.
- Ø Elle est vive, oblige l'arrêt des activités et s'accroît lors des mouvements.
- b/les nausées sont constantes, les vomissements fréquents.
- c/Les troubles du transit sont rares (constipation, parfois diarrhées).

2 /LES SIGNES GENERAUX :

- ✓ a/La fièvre entre 38-38,5°C
- ✓ b/La tachycardie avec accélération du pouls
- ✓ c/La langue saburrale

3/LES SIGNES PHYSIQUES :

- ✓ a/La palpation de l'abdomen : en commençant par la fosse iliaque gauche et en remontant le long du cadre colique

Douleur provoquée au niveau du point appendiculaire : point de **MAC BURNEY** (situé au tiers 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 au niveau de la fosse iliaque droite avec les doigts puis on relâche brusquement

Le signe de **ROVSING** : obtenu en déprimant profondément la fosse iliaque gauche, 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 psoitis : La douleur exacerbée par la flexion de la cuisse droite (genou en rectitude) (inflammation du muscle psoas)

Une défense pariétale localisée

Le toucher rectal : douleur au niveau du douglas en haut et à droite

✓ 4/LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- ✓ a/Biologie : La FNS : hyperleucocytose n'est pas constante.
- ✓ b/La radiologie : Confirme le diagnostic
Intérêt pour éliminer une autre pathologie (gynécologique, urinaire), un abcès appendiculaire
Ø ASP: souvent n'a pas d'intérêt
- Ø Echographie abdominale : réalisée chez l'enfant et l'adolescent
- Ø Le scanner abdominal : chez l'adulte
Epaississement appendiculaire avec infiltration de la graisse péri-appendiculaire

B/ Formes atypiques :

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 de gravité.

2/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 TR

A/LE DIAGNOSTIC POSITIF

- Le diagnostic d'une appendicite aiguë repose sur un faisceau d'argument : terrain , clinique , biologique et radiologique

B/ Diagnostic différentiel :

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/la rupture de grossesse extra-utérine : retard des règles, douleur pelvienne diffuse à début brutal,

3/les infections urinaires : fièvre plus franche, frissons, présence possible d'un calcul sur un cliché de l'abdomen, cyto-bactériologie des urines positive.

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

V/ L'évolution

En l'absence de traitement :

- Ø Plastron appendiculaire: qui associe un état infectieux persistant à des troubles du transit et à une masse mal limitée dans la fosse iliaque droite. L'évolution peut se faire vers la guérison ou vers l'abcès
- Ø abcès appendiculaire où les signes restent localisés
- Ø Péritonite localisée puis généralisée

VI/ Traitement

Chirurgical : -Appendicectomie classique

-Appendicectomie sous coelioscopie

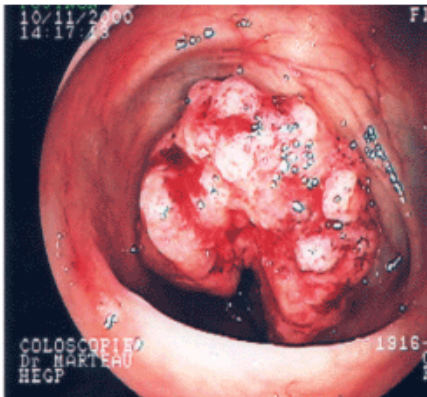
Ø Un « plastron » peut nécessiter un drainage avec une antibioprophylaxie précédant l'acte



Cancer colorectal



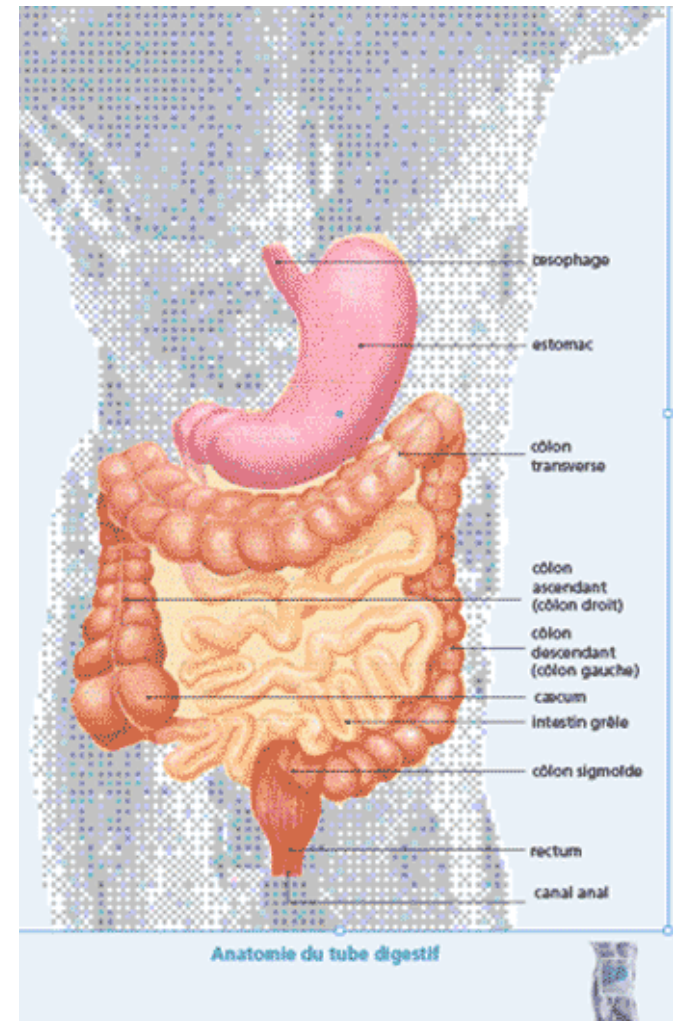
Aspect endoscopique d'un adénocarcinome du colon :
tumeur bourgeonnante, friable (hémorragique) et dure sous la pince.



Quelle partie du corps est atteinte ?

- ✓ **Côlon** (ou gros intestin) :
 - Partie du tube digestif qui suit l'intestin grêle (ou petit intestin)
 - 3 parties :
 - **Côlon droit** : cæcum (auquel est accolé l'appendice) + côlon ascendant
 - **Côlon transverse** : de l'angle droit à l'angle gauche
 - **Côlon gauche** : côlon descendant + côlon sigmoïde

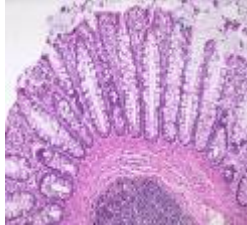
- ✓ **Rectum** :
 - Fait suite au côlon sigmoïde (chambre recto-sigmoïdienne)
 - Se termine par le canal anal
 - Se divise en haut, moyen et bas re



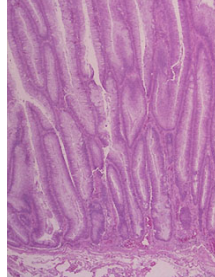
D'où vient le cancer colorectal ?

Séquence adénome → adénocarcinome

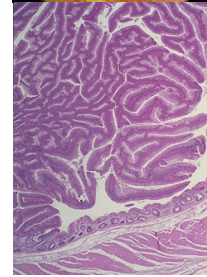
Accumulation d'anomalies génétiques



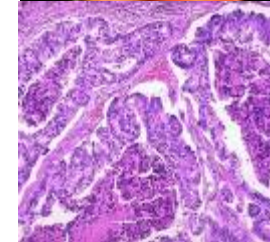
Muqueuse
colorectale
(revêtement
de surface
interne)
normale



Dysplasie
modérée
(de bas grade)



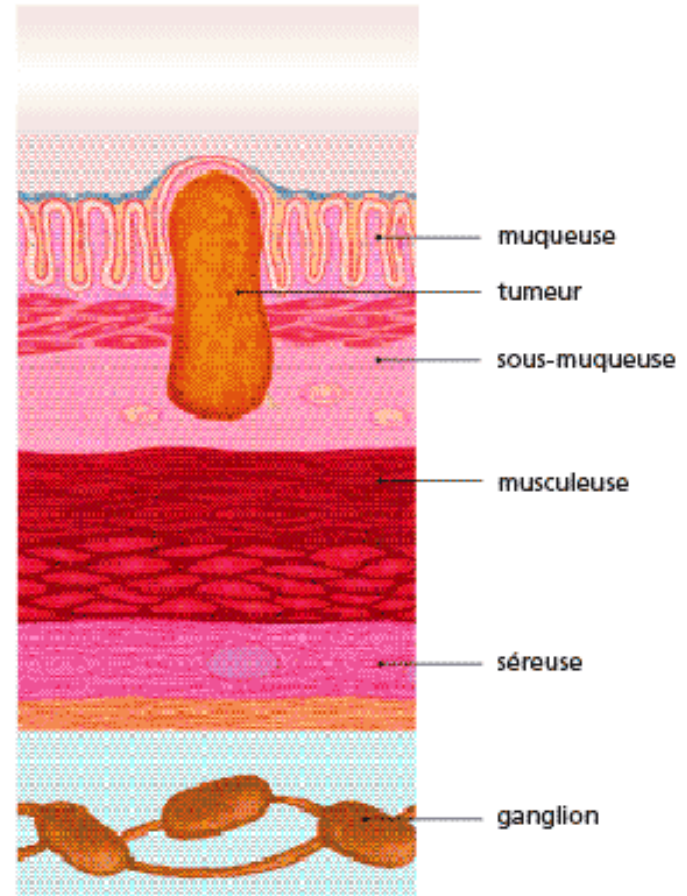
Dysplasie
sévère
(de haut grade)



Cancer
colorectal

D'où vient le cancer colorectal ?

- ✓ Les cellules cancéreuses (malignes) prolifèrent sans contrôle de l'organisme
- ✓ La tumeur se développe d'abord dans la paroi de l'intestin
- ✓ Puis les cellules cancéreuses migrent éventuellement :
 - Dans les ganglions lymphatiques (disposés le long d'un vaisseau lymphatique)
 - Dans l'ensemble de l'organisme pour constituer les métastases



Tumeur cancéreuse localisée dans la paroi de l'intestin

Quels sont les facteurs de risque environnementaux du cancer colorectal ?

Protecteurs

Activité physique

Poids normal

Fibres alimentaires

(légumes, fruits)

Vitamines (A, C, D, E)

Calcium

Anti-oxydants

Néfastes

Sédentarité

Surpoids

Apport excessif de calories

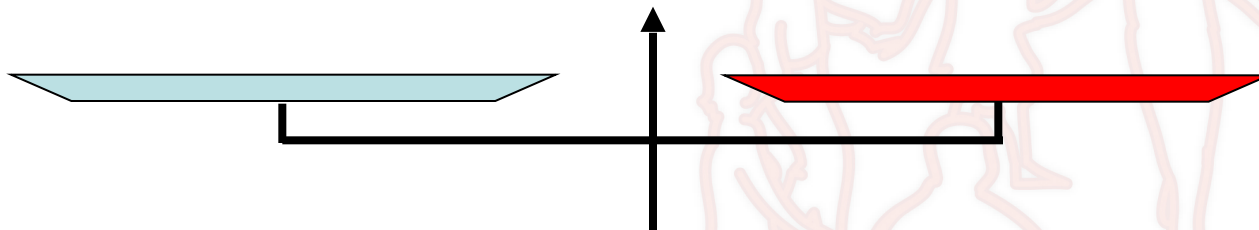
Régimes riches en protéines

**(notamment viandes rouges,
grasses, grillées)**

Régimes riches en graisses

(notamment saturées, animales)

Alcool & tabac (sur-risque modéré)



Sujets à risque élevé (x 2 à 5)

Cas familiaux sporadiques

15 à 20 % des malades ont un parent au 1er degré atteint de CCR.

Un seul parent atteint: risque personnel x par 2 et risque net de CCR entre 0-74 ans = 6% jusqu'à 10 % si l'âge du parent atteint ≤ 45 ans ou si 2 apparentés atteints

Un parent du premier degré atteints d'adénome $> 1\text{cm}$ ou diagnostiqué avant l'âge de 60 ans : RR de CCR x par 2.

ATCD personnel d'adénome ou de CCR

MICI en cas de pancolite

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

SIGNES FONCTIONNELS:

Troubles du transit: constipation, diarrhée ,alternance
sd rectal
émissions glaireuses sanglante

Hémorragies

Douleur

Signes généraux



SIGNES PHYSIQUE

Examen pauvre:

TR: palper la TM

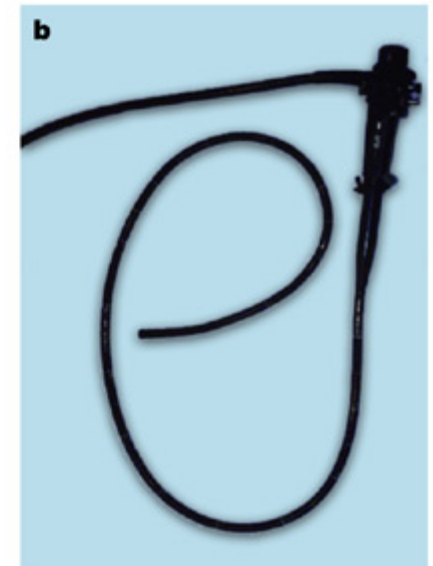
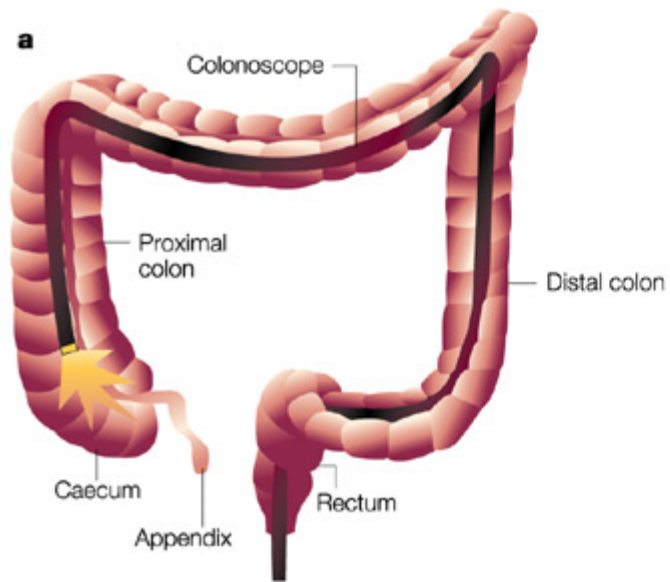
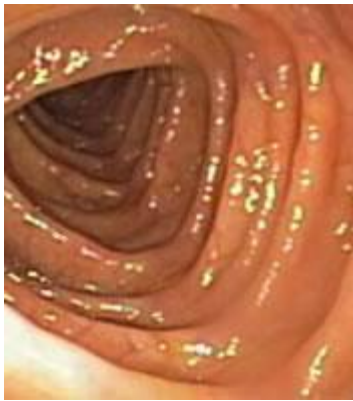
Palpation abdominal

Autres circonstances:

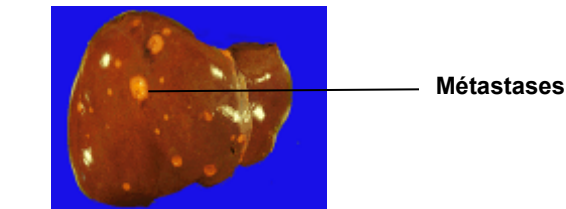
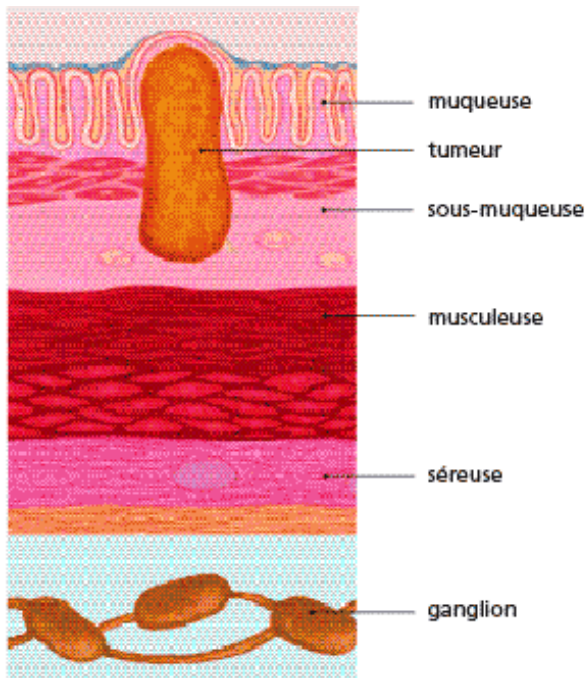
Complications: perforation , occlusion , abcès
péricolique , fistule, métastase



Diagnostic : Colonoscopy



Quelle est l'étendue du cancer ?



Stades

I

II

III

IV

Conditionne **pronostic & traitement**

Connue après

- ✓ **Bilan d'extension** métastatique (imagerie abdominale & thoracique)
- ✓ **Examen microscopique de la tumeur** (et des ganglions voisins) enlevée par le chirurgien

→ **Cancer localisé**

- ✓ = **sans métastase** décelée
- ✓ **Mais rechute possible**, notamment si :
 - **Tumeur volumineuse**
 - **Complication révélatrice**
 - **Ganglion(s) envahi(s)**

→ **Cancer généralisé**

= **métastase(s)** décelée(s)