

CONCOURS D'ACCES AU RESIDANAT: Professeur ABBAS

LES APPENDICITES AIGUES

GENERALITES :

C'est l'inflammation de l'appendice.

Appendicite aigue est la plus fréquente des urgences chirurgicales.

Il faut souligner la bénignité d'une appendicite aigue opérée et diagnostiquée à temps.

Gravite des appendicites vues tardivement.

50% des cas le tableau clinique est étiquette dans les douleurs abdominales non spécifiques

3 notions fondamentale doivent guider la pensée de tout médecin confronte avec le tableau d'une appendicite aigue :

diagnostic difficile par suite du polymorphisme de son expression clinique et des localisations variables.

-une appendicite aigue peut se voir à tout age ;et n'est pas l'apanage du sujet jeune.

-le diagnostic d'appendicite impose l'intervention immédiate

- pas de traitement médical
- pas de parallélisme entre la clinique et le degrés de lésion.
- On ne peut pas prévoir l'évolution d'une appendicite.

RAPPEL ANATOMIQUE :

L'appendice se présente comme un diverticule qui s'implante au bord postéro interne du caecum ;à environ 3cm en dessous de l'abouchement iléale.

Taille variable :10cm environ chez l'adulte jeune.

Vascularisation par l'artère appendiculaire ;type terminale ;pas de réseau anastomotique
Oblitération d'un segment entraîne des lésions de gangrené.

Les variations de position sont fréquentes

STRUCTURE :

De dehors en dedans :

- séreuse péritonéale interrompue par un mince liseré correspondant à l'insertion du méso appendice.
- couche musculaire longitudinale, puis circulaire.
- la sous muqueuse qui renferme de nombreux organes lymphoïdes.
- muqueuse qui ressemble à celle du colon(rareté des éléments glandulaires).

ANATOMIE PAYHOLOGIQUE :

-aigue ou catarrhale :

appendice augmente de volume, rouge, un peu turgescence ; avec hyper vascularisation.

Histologie : infiltration inflammatoire des parois sans abcédation.
Muqueuse reste intacte.
Pas de réaction péritonéale.

-appendice suppurée :

augmente de volume
qqf. en battant de cloche
contenu purulent

histologie : ulcération de la muqueuse et infection leucocytaire avec thromboses vasculaires

-appendicite gangrenée :

aspect verdâtre
plaques de sphacèle noirâtre
(oblitération vasculaire)

histologie : destruction complète de tous les éléments de la paroi.
Réaction péritonéale : exsudat louche et malodorant

-appendicite abcédée :

correspond à une appendicite ulcère et suppurée avec une inflammation péri appendiculaire intense.

Appendicite perforée :

Fragilisation de la paroi qui se rompt sous l'influence d'une distension de la lumière par le pus.

Entraînant une péritonite.

Ces différentes formes peuvent se succéder par ordre de gravité croissante ;ou apparaître d'emblée.

Appendicite chronique : atrophique ou oblitérante

Approche moléculaire :

Modifications dans les pièces d'appendicectomies avec examen anatomopathologique considère comme normal .

Lésions inflammatoires spécifiques et tumorales.

PATHOGENIE :

L'appendice est un milieu très favorable à l'infection.

L'infection peut se faire :

Exceptionnellement par voie hématogène
Habituellement par voie endogène

L'appendice est un diverticule creux à lumière étroite en relation avec le contenu septique du caecum.

Il existent des mécanismes de défense :

Couche musculaire qui permet le péristaltisme et vidange
Lymphoïdes pour la destruction des germes.

En cas d'obstruction on aura une appendicite : stase et pullulation ; les germes débordant les mécanismes de défense.

Cette obstruction par :stercorite ;bouchon muqueux ;corps étranger ;bride ;cancer.

DIAGNOSTIC :

Appendicite aigue de l'adulte jeune en position latero- caecale interne :

1° motifs de consultation :

- *la douleur est toujours présente
début à la fid
souvent soudaine

c'est une douleur viscérale(nerfs afférents de l'appendice ;stimules par son inflammation ;et sa distension)

douleur continue
augmente lors des mouvements et de la toux.

- *nausées

- *vomissements alimentaires

- *troubles du transit

2° signes généraux :

- discrète élévation de la température rectale
- accélération modérée du pouls
- langue saburrale

3° examen clinique :

3 signes sont essentiels au diagnostic :

- ***douleur provoquée** à la palpation de la FID

palpation douce et progressive

cette douleur peut apparaître à la décompression brutale de la FID blumberg

la douleur peut être provoquée par la compression de la FIG

- ***défense pariétale** : par irritation de la séreuse péritonéale

- ***douleur provoquée au toucher rectale** : douleur latero rectale droite

4° examens complémentaires :

réalisés surtout dans les formes atypiques

- ***FNS** : hyperleucocytose à polynucléaire

***cpr** souvent négative

***ASP :**

iléus paralytique
1 ou 2 niveaux hydro aériques
présence de stercolithes

***échographie abdominale et appendiculaire :** surtout en cas de doute

critères majeurs :diamètre supérieur à 8 mm
une image en cocarde
existence d'un abcès
existence d'un stercolithe

critères mineurs :aspect en couches
épanchement péri appendiculaire

***scanner :** diagnostics difficiles(crohn ;cancer ;abcès)

***lavement baryte ; ponction lavage du péritoine ;coelioscopie**

DIAGNOSTIC DIFFERENTIELS :

*gastro- Enterites :nausées , vomissement.
Diarrhées précèdent la douleur

- salpingite : fièvre
tv douleur
- GEU : retard de règles ;anémie
- Infection urinaire
- Meckel

FORMES CLINIQUES/

1°formes topographiques :

le tableau clinique peut être modifié en fonction de la situation de l'appendice.

a- pelvienne :

douleur siège hypogastrique
troubles urinaires(dysurie ;ou pollakiurie)
à la palpation :douleur hypogastrique
diagnostic avec salpingite,pyosalpinx

b- rétro caecale :

douleur lombaire
psoitis
mise en extension douloureuse
palpation :douleur crête iliaque

c- sous hépatique : peut simuler une CAL
échographie

d-meso caelique :occlusion fébrile du grêle

e- herniaire :rare qqf Hernie étranglée

appendicite à gauche: situ inversus

2° formes évolutives :

plastron appendiculaire :agglutination d'anses autour de l'appendice
fièvre
empatement douloureux de la FID
mal localise
tr pole interne
à ne pas opérer

b-peritonites generalises :

douleurs vives débutent à la FID ;augmentant d'intensité
vomissement
fièvre
qqf. contracture generalisee ou localisée

c-peritonites localisees :abcès appendiculaire

douleur FID
température élevée
échographie

3° enfant :fréquente

diagnostic peut être retardé par erreur
antibiothérapie

4° vieillard :affection grave

fréquence des lésions associées

5° Sida :douleurs de cause variable

diagnostic difficile
souvent appendicites phlegmoneuses ;ou gangreneuses
souvent perforation

6-grossesse :diagnostic difficile

compression par utérus