Valeurs des signes cliniques et biologiques de l'appendicite aiguë

Quoi de neuf en médecine générale
04 Avril 2013
Coralie Bourquin, Yveline Sévrin

Introduction

- La + fréquente des urgences chirurgicales (France, 2009)
- 30 % des interventions digestives /an
- Pic : adolescents - adultes jeunes
- Mortalité:
  - 0.1 % formes non compliquées
  - 1,5 – 5 % perforations appendiculaires

Problématique 1

- Diagnostic difficile:
  - Forme typique: risque appendicectomie inappropriée
  - Formes atypiques: risque formes compliquées

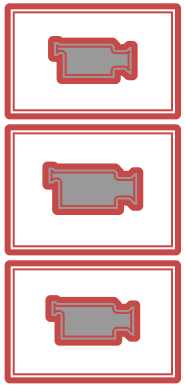
Problématique 2

- HAS: Novembre 2012
- Diagnostic précoce pour éviter:
  - Formes compliquées
  - Appendicectomies inappropriées
- Chirurgie = risque de complications

Valeurs des signes cliniques

- Interrogatoire:
  - Douleur en FID
  - Douleur migrante
  - Troubles digestifs
  - Fièvre
- Sexe

- Examen physique:
  - Point de Mac Burney
  - Défense abdominale
  - Douleur abdominale indirecte
  - Rebond douloureux
  - Signe de Rovsing
  - Signe du psoas
  - Signe de l'obturateur
  - Toucher rectal



Valeurs des signes biologiques

- Leucocytes (GB)
- Polynucléaires neutrophiles
- CRP
- βHCG

→ Pas de syndrome inflammatoire ≈ Pas d'appendicite

Valeurs des signes clinico-biologiques combinés

- Recommandations ANDEM 1996, reprises par SNFGE en 2001
- Aujourd'hui: Novembre 2012
  - Très évocateur d'appendicite:
    - Douleur migrante + douleur en FID + défense abdominale
    - Défense en FID + hyperGB > 10.10^9 + CRP > 8
  - Appendicite peu probable:
    - Absence de défense en FID + GB < 10.10^9 + CRP < 8

Un mot sur la prise en charge: antibiotiques versus chirurgie

Arbre décisionnel 1

Suspicion d'appendicite

Absence de la triade:
Pas de défense en FID
+ pas d'hyperGB > 10.10^9
+ pas de CRP > 8

Faible probabilité

Surveillance à domicile
Réévaluation à 24-48 heures

Pas d'amélioration

1) Présence de la triade:
Défense en FID
+ HyperGB > 10.10^9
+ CRP > 8
2) Ou signes de complication

Forte probabilité

Avis chirurgical

Arbre décisionnel 2

	Echographie	Scanner
Avantages	Peu couteux	Non opérateur dépendant
	Rapide	Haute résolution d'images
	Non invasif	Précision diagnostique ++
	Non irradiant	Diagnostics différentiels
	Diagnostics différentiels	
Inconvénients	Opérateur dépendant	Irradiant
	Patient dépendant	Allergies aux PDC
	Distension aérique	Couteux
	Valeur que positive	Long

Suspicion d'appendicite:
Présence d'un ou deux éléments de la triade

Probabilité intermédiaire

ou

Avis chirurgical

Echographie / Scanner dans la journée

Femme jeune et homme
Echographie 1ère intention

Sujet âgé
Scanner 1ère intention

Obèse
Scanner 1ère intention

Conclusion

Association clinico-biologique

↳ 3 situations cliniques:

Diagnostic peu probable

→ Surveillance

Diagnostic intermédiaire

→ Examen complémentaire

Diagnostic très probable

→ Avis chirurgical

Bibliographie

1) Société Française de Gastro-Enterologie: Item 224: Appendicite aiguë de l'adulte et de l'enfant
http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU_18bis_item_224.pdf
2) Mathias J, Bruot O, Ganne PA, Laurent V, Regent D. Appendicite. Encycl Méd Chir Radiodiagnostic – Appareil digestif 2008;33-472-G-10.
3) Assurance Maladie : « Améliorer la pertinence des actes : focus sur deux interventions courantes, Appendicectomie et césarienne programmée » Point d'information du 29 septembre 2011
4) Haute Autorité de Santé. Appendicectomie. Eléments décisionnels pour une indication pertinente. Rapport d'évaluation. HAS; Nov 2012.
5) Acute appendicitis – a benign disease? J SIMPSON, APR SAMARAWEERA, RK SARA, DN LOBO*Ann R Coll Surg Engl 2008;* ***90: 313–316***
6) La Revue Prescrire: Suspicion d'appendicite chez les enfants: rechercher plusieurs signes cliniques avant d'écarter le diagnostic. Décembre 2009, Tome 29 n°314; p.913-918
7) Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Appendicite. Recommandations et références médicales. Gastroenterol Clin Biol 1997;21(1):50-70.
8) Société nationale française de gastroentérologie. Appendicite. Reims: SNFGE; 2001.
http://www.snfge.org/01-Bibliotheque/0D-Pratiquescliniques/RPC-appendic.pdf
9) Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: A systematic review. BMC Med 2011;9(1):139.
10) Brigand C, Steinmetz J-P, Rohr S. De l'intérêt des scores en matière de diagnostic d'appendicite. J Chir Visc 2009;146(5S1):2-7.
11) Alvarado score as an admission criterion in children with pain in right iliac fossa Department of Pediatric Surgery, Zagazig University, Egypt, Sept 2010
12) Intérêt du score clinico-biologique d'Alvarado dans la prise en charge d'une douleur de la fosse iliaque droite de l'adulte Y. Pouget, S. Mucci, P. Lada, C. Casa, J.-P. Arnaud, A. Hamy Service de Chirurgie Viscérale, CHU Angers 2012
13) Andersson M, Andersson RE. The appendicitis inflammatory response score: a tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado score. World J Surg 2008;32(8):1843-9.
14) Minerva**:** Appendicite aiguë : antibiothérapie ou chirurgie? Octobre 2012, vol 11, n°8
15) Appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis Cochrane database syst rev 2011 ; 11 Wilms IM, de Hoog DE, de Visser DC, Janzing HM. **Source** Department of Emergency Medicine,VieCuri Medical Centre of Northern Limburg, Venlo, Netherlands.
16) Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendicectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, non-inferiority, Randomised controlled trial Vons et Al The Lancet, Volume 377, Issue 9777, Pages 1573 - 1579, 7 May 2011
17) La Revue Prescrire: Imagerie des appendicites: Mettre en balance les performances diagnostiques et les risques propres à chaque technique. Octobre 2011, Tome 31 n°336, p.757-760

Merci de votre attention