

ARTICLE ORIGINAL

PRISE EN CHARGE DES ABCES APPENDICULAIRE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE CHIRURGIE VISCERALE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUCOU MAGA

MANAGEMENT OF APPENDICULAR ABCES AT THE UNIVERSITY CLINIC OF VISCERAL SURGERY OF THE TEACHING HOSPITAL HUBERT KOUTOUCOU MAGA

SGR ATTOLOU¹, CM LALEYE^{1,2}, HN NATTA N'TCHA¹, DK MEHINTO¹

1 : Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale, Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga, Cotonou

2 : Laboratoire d'Anatomie Humaine, Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

RÉSUMÉ

Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques diagnostic et thérapeutiques des abcès appendiculaires.

Patient et méthode : il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à la clinique universitaire de chirurgie viscérale allant du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2016. Elle a porté sur les dossiers médicaux des patients chez qui le diagnostic d'abcès appendiculaire a été retenu soit en per opératoire ou évoqué en pré opératoire.

Résultats : il a été colligé 50 cas d'abcès appendiculaires. Les abcès appendiculaires ont représenté 0,5% des hospitalisations. L'âge moyen des patients était de 31,4 ans avec un sex-ratio de 1,5. Sur le plan diagnostique ; le délai moyen de consultation était de 6,3 jours La présentation clinique est celle d'une exacerbation des signes classiques d'une appendicite dominée par une douleur abdominale, une hyperthermie oscillante entre 38,5°C et 40°C et la palpation d'une masse douloureuse bien limitée, fluctuante en fosse iliaque droite. La laparotomie a été la seule voie d'abord utilisée avec une morbidité dominée par les suppurations pariétales.

Conclusion : l'abcès appendiculaire est de diagnostic essentiellement clinique et le traitement chirurgical donne de bons résultats.

Mots clés : appendicite aiguë, abcès, appendicectomie.

SUMMARY

Objective: Describe the diagnostic and therapeutic epidemiological aspects of appendicular abscesses.

Patient and method: this is a retrospective and descriptive study at the university clinic of visceral surgery from January 1, 2002 to December 31, 2016. It focused on the medical records of patients in whom the diagnosis of appendicular abscess was retained either in operative, or evoked in preoperative.

Results: 50 cases of appendicular abscess were collected. Appendicular abscesses represented 0.5% of hospitalizations. The average age of the patients was 31.4 years with a sex ratio of 1.5. On the diagnostic level; the average consultation time was 6.3 days The clinical presentation is that of an exacerbation of the classic signs of appendicitis dominated by abdominal pain, hyperthermia oscillating between 38.5 ° C and 40 ° C and palpation of a very limited painful mass, fluctuating in the right iliac fossa. Laparotomy was the only route initially used with morbidity dominated by parietal suppurations.

Conclusion: Appendicular abscess is essentially clinical, and surgical treatment gives good results.

Keywords: acute appendicitis, abscess, appendectomy.

Tirés à part

ATTOLOU SGR, Maître-assistant en chirurgie générale Tel : 0022995101111 E-mail :attolougilles@yahoo.fr

INTRODUCTION

L'appendicite aiguë est la plus fréquente des urgences chirurgicales abdominales [1,2]. Non traitée elle évolue vers des complications dont l'abcès appendiculaire. Le diagnostic des abcès appendiculaires est le plus souvent évoqué à l'examen clinique et confirmé à l'imagerie [3,4]. Cependant dans nos conditions de travail caractérisées par l'indisponibilité des examens d'imagerie en urgence, le diagnostic des abcès appendiculaires est posé par l'examen clinique et aussi parfois en per opératoire [5]. Le but de ce travail est de décrire les aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques des abcès appendiculaires au CNHU de Cotonou.

PATIENT ET METHODE

Les Cliniques Universitaires de Chirurgie Viscérale "A" et "B" (CUCV "A" et "B") du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou, nous ont servi de cadre d'étude. Notre étude a été rétrospective, descriptive allant du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2016. Elle a porté sur les dossiers médicaux des patients chez qui le diagnostic d'abcès appendiculaire a été retenu en per opératoire ou évoqué après examen clinique et confirmé par une échographie abdomino-pelvienne ou une tomodensitométrie abdomino-pelvienne. Tout patient non opéré pour diverses raisons a été exclu de notre étude.

Les paramètres analysés étaient épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Epi-info 2011 version 3.5.3.

RÉSULTATS

Données épidémiologiques

Au cours de notre étude, 1655 dossiers d'affections appendiculaires ont été étudiés. Nous avons colligé 56 cas d'abcès appendiculaire dont 50 ont répondu à notre critère d'inclusion et représentent 0,5% des affections chirurgicales viscérales et 3% des affections appendiculaires.

L'âge moyen des patients pris en charge pour abcès appendiculaire a été de 31,4 ans avec des extrêmes de 15 et 63 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 15 ans et 34 ans avec 31 patients soit 62%. (figure1)

Dans notre étude on dénombrait 30 hommes soit 60% et 20 femmes soit 40%. La sex-ratio était de 1,5.

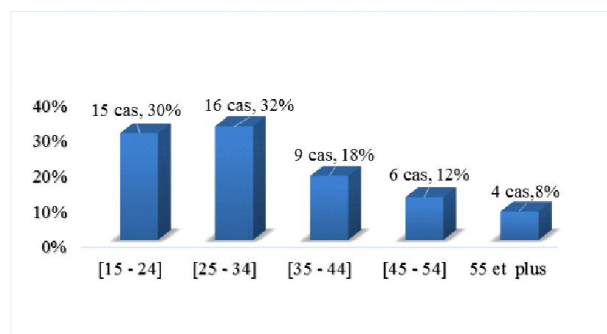


Fig 1 : Répartition des patients pris en charge pour abcès appendiculaire selon les tranches d'âge.

Données diagnostiques

92% des patients de notre étude étaient reçus aux urgences. Le délai moyen de consultation était de 6,3 jours avec des extrêmes de 1 et 14 jours.

La présentation clinique est celle d'une exacerbation des signes classiques d'une appendicite dominée par une douleur abdominale pulsatile, insomnante siégeant en fosse iliaque droite associée à une hyperthermie oscillante entre 38,5°C et 40°C. L'examen physique retrouvait dans la grande majorité des cas une hyperesthésie cutanée, une défense pariétale et la palpation d'une masse douloureuse bien limitée, fluctuante en fosse iliaque droite.

Le tableau I résume l'ensemble des signes physiques retrouvés.

Le diagnostic est posé devant ces différents signes cliniques auxquels s'ajoute une hyperleucocytose et des données spécifiques d'imagerie. Seuls 29 patients ont réalisés une numération formule sanguine et 10 une échographie abdominale soit respectivement 58% et 20% des cas. On retrouvait une hyperleucocytose dans 93% des cas et l'échographie retenait le diagnostic d'abcès appendiculaire dans 50% des cas.

Tableau I : Fréquences des principaux signes cliniques.

	n	%
Douleur abdominale	50	100
État général Altéré	33	66
Hyperthermie	39	78
Douleur provoquée en fosse iliaque droite	50	100
Défense en fosse iliaque droite	50	100
Masse en fosse iliaque droite	49	98
Douleur latéralisée à droite au toucher rectal	47	94

Données thérapeutiques

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical adapté à leur état. L'antibiothérapie était probabiliste par voie parentérale et était poursuivie en postopératoire jusqu'à disparition du syndrome infectieux avec un relai par voie orale le plus souvent. La durée moyenne de l'antibiothérapie par voie parentérale était de 6 jours avec des extrêmes de 05 et 12 jours. L'ensemble des patients a été opéré. En fonction des découvertes per opératoires deux attitudes ont été adoptées :

- appendicectomie immédiate et drainage immédiat chez 35 patients soit 70%,
- drainage immédiat et appendicectomie différée (3 à 6 mois) chez 15 patients soit 30%. Les raisons motivant l'appendicectomie différée étaient : appendice non visualisé chez 11 patients et appendice pris dans un magma non résécable chez 4 patients (8%).

Dans notre étude l'examen cytobactériologique du pus de l'abcès appendiculaire a été réalisé chez 2 patients soit 4%. Les germes isolés étaient *Klebsiella pneumoniae* et *Escherichia coli*.

Les suites opératoires ont été compliquées chez 14 patients soit 28%. Aucun décès n'a été observé.

Le tableau II montre la répartition des patients en fonction des complications postopératoires et de leur prise en charge.

Tableau II: Répartition des patients en fonction des complications postopératoires et de leur prise en charge.

	n	Traitement	Evolution
Suppuration pariétale	10	Soins locaux + antibiotiques	Favorable
Péritonite postopératoire	1	Réintervention + lavage drainage de la cavité abdominale	Favorable
Récidive d'abcès appendiculaire	1	Drainage + appendicectomie différée à 3 mois	Favorable
Iléus paralytique	1	Rééquilibration hydro-électrolytique + Sonde nasogastrique	Favorable
Avortement spontané	1	Révision utérine + antibiotiques + utérotoniques	Favorable
Fistule stercorale	1	Appareillage + soins locaux	Favorable

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,3 jours avec des extrêmes de 7 et 17 jours.

DISCUSSION

L'abcès appendiculaire est une forme évolutive des appendicites aiguës non traitées ou négligées. Il complique l'appendicite aiguë en Afrique dans 3% à 12,5% [6,7].

La pathologie appendiculaire est l'apanage du sujet jeune de sexe masculin.

Aspects diagnostiques

Dans notre série 92% des patients étaient reçus dans un contexte d'urgence avec un délai moyen de consultation de 6,3 jours. Ces résultats sont comparables à d'autres études faites en Afrique subsaharienne [8]. Ce retard à la consultation pourrait être dû d'une part à une négligence des symptômes au début et à l'automédication (du à l'incapacité de faire face au coût des soins des santé).

Les signes cliniques de l'abcès appendiculaire sont dominés par une douleur abdominale lancinante quasi constante. L'hyperthermie modérée de la crise appendiculaire classique est remplacée par une forte fièvre (38°5-39°). Une masse de la fosse iliaque droite bien limitée est palpée chez 98% des patients. Cette masse qui fait la particularité clinique de l'abcès appendiculaire est douloureuse, de consistance molle, bien limitée et séparée de la ligne de malgaigne par un sillon. Ces particularités cliniques sont de règles dans la majorité des séries [8-10]. L'absence de fièvre chez certains de nos patients pourrait s'expliquer par le fait qu'ils aient reçu un traitement antipyrétique voire antibiotique soit par automédication soit dans une structure sanitaire périphérique avant leur admission. Le diagnostic clinique d'abcès appendiculaire a été évoqué et confirmé en per opératoire chez seulement 54%. Après réalisation de l'échographie abdominale chez 15 patients, ce taux a été porté à 64%. Il en résulte que l'examen clinique initial à lui seul ne permettait pas de faire toujours le diagnostic d'abcès appendiculaire. Il est donc nécessaire d'avoir recours aux examens paracliniques pour aider au diagnostic, notamment une échographie abdomino-pelvienne. Le manque de moyens financiers des patients explique aussi la rareté de demande ou de réalisation de l'échographie abdominale.

Aucune TDM abdominale n'a été réalisée dans notre étude. Le taux de réalisation du scanner est assez variable d'une étude à l'autre allant de 4,4% à 100% [5-7,11]. Même si elle représente un progrès dans la prise en charge des douleurs aiguës de la fosse iliaque droite de l'adulte, elle reste coûteuse et peu accessible aux patients

Aspects thérapeutiques

La durée moyenne d'antibiothérapie par voie parentérale dans notre étude était de 6 jours. Une

durée moyenne plus longue soit 8 à 10 jours ont été rapportés par d'autres auteurs [7,12]. Les protocoles habituels d'antibiothérapie recommandent une durée moyenne de 7 à 10 jours. Mais devant le coût élevé de l'antibiothérapie parentérale pour la moyenne de la population béninoise nous nous retrouvons assez vite contraint à faire un relais per os.

Notre attitude chirurgicale ayant consisté en un drainage immédiat associé à une appendicectomie immédiate ou un drainage immédiat suivi secondairement d'une appendicectomie est discutée [5,7,12]. Il existe des controverses sur le moment de réalisation de l'appendicectomie. Cependant les auteurs s'accordent à faire l'appendicectomie immédiate quand l'appendice est visualisé et peut être extrait sans morbidité surajoutée. Par ailleurs, le drainage radiologique (écho-guidé ou scanno-guidé) de l'abcès appendiculaire suivi d'une appendicectomie différée 3 à 6 mois plus tard est une alternative qui paraît bonne car ses résultats sont meilleurs en terme de morbi-mortalité et cette stratégie a aussi pour avantage de ne faire opérer le malade qu'une seule fois [8,10,13,14].

Par ailleurs L'appendicectomie laparoscopique est devenue une méthode acceptable pour l'appendicite simple [15-17]. Cependant, son rôle dans le traitement de l'appendicite compliquée reste controversé. Certains auteurs suggère d'éviter l'approche laparoscopique dans l'appendicite compliquée en raison du risque accru d'abcès intra-abdominaux postopératoires [17-19]. D'autres rapportent une appendicectomie laparoscopique faisable et sans

danger pour une appendicite compliquée [2,20]. Nous avons opté pour la première attitude surtout du fait des difficultés de ré-intervention chirurgicale par faute de moyens financiers.

La morbidité post-opératoire dans notre série a été de 28% dominée par les complications infectieuses notamment la suppuration pariétale. Ces complications sont de règles. Il est recommandé outre la mise en place d'un drain de protéger la paroi abdominale par des champs opératoires au moment de l'extériorisation de l'appendice et de changer de gants et d'instruments à la fermeture pariétale.

Aucun décès n'avait été rapporté dans notre série. L'abcès appendiculaire n'est pas une affection mortelle si le traitement adéquat est réalisé au moment opportun.

CONCLUSION

L'abcès appendiculaire est une urgence médico-chirurgicale qui touche en majorité le sujet jeune. La disponibilité des antibiotiques ainsi que la multiplicité des plateaux techniques médicaux-chirurgicaux périphériques limite l'évolution de l'appendicite aigüe vers les complications. Le diagnostic d'abcès appendiculaire est essentiellement clinique et per opératoire dans notre contexte où les patients n'ont souvent pas les moyens financiers pour une exploration radiologique. Le traitement chirurgical immédiat ou différé abouti à des résultats satisfaisants.

RÉFÉRENCES

1. Taslakian B, Issa G, Hourani R, Akel S. Left-sided appendicitis in children with congenital gastrointestinal malrotation: a diagnostic pitfall in the emergency department. *BMJ Case Rep* Published online. 2013;1-4 (doi:10.1136/bcr-2013-009474).
2. Steinman M, Rogeri PS, Lenci LL, Kirschner CC, Teixeira JC, Gonçalves PDS, et al. Appendicitis: What does really make the difference between private and public hospitals? *BMC Emerg Med*. 2013;13(1):15.
3. Gillick J, Mohanan N, Das L, Puri P. Laparoscopic appendectomy after conservative management of appendix mass. *Pediatr Surg Int*. 2008;24(3):299-301.
4. Lavine EK, Saul T, Frasure SE, Lewiss RE. Point-of-Care Ultrasound in a Patient With Perforated Appendicitis: *Pediatr Emerg Care*. 2014;30(9):665-7.
5. Okafor PIS, Orakwe JC, Chianakwana GU. Management of Appendiceal Masses in a Peripheral Hospital in Nigeria: Review of Thirty Cases. *World J Surg*. 2003;27(7):800-3.
6. Koumare AK, Traore IT, Ongoiba N, Traore AKD, Simpara D, Diallo A. Les appendicites à Bamako (Mali). 1993. 40(4):259-62.

7. Guifo ML, Takongmo S, Chichom A, Tagnyin P, Tsatedem Atemkeng F, Fokou M. Abcès appendiculaires: analyse de 19 cas traités au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé et déductions pratiques. *Pan Afr Med J.* 2010;5:1-9.
8. Harouna Y, Amadou S, Gazi M, Gamatie Y, Abdou I, Omar GS, et al. Les appendicites au Niger : pronostic actuel. *Bull Soc Pathol Exot.* 2000;93(5):314-6
9. Kim J-K, Ryoo S, Oh H-K, Kim JS, Shin R, Choe EK, et al. Management of Appendicitis Presenting with Abscess or Mass. *J Korean Soc Coloproctology.* 2010;26(6):413-9.
10. Seif H, Reyad H, Korany M, Metwally M, Ahmed A. Immediate operation versus percutaneous drainage for treatment of appendicular abscess. *Egyptian J Radiol and Nucl Med.* 2015;46:999-1002.
11. Ngowe Ngowe M. Aspects cliniques actuels des appendicites aiguës de l'adulte à Yaoundé, Cameroun. *Bull Société Pathol Exot.* 2008;101(5):398-9.
12. Attipou K, Méda R, Mèhinto D, Akakpo-Numado G, Tékou H. Traitement des abcès appendiculaires au Centre Hospitalier Universitaire de Tokoin-Lomé. *J Afr Chir Digest.* 2015;5(1):397-401.
13. Direction des études démographiques. RGPH4 : que retenir des effectifs de population en 2013. Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE). Juin 2015.
14. Brown CVR, Abrishami M, Muller M, Velmahos GC. Appendiceal abscess: immediate operation or percutaneous drainage? *Am Surg.* 2003;69(10):829-32.
15. Semm K. Endoscopic Appendectomy. *Endoscopy.* 1983;15(02):59-64.
16. Attwood SE, Hill AD, Murphy PG, Thornton J, Stephens RB. A prospective randomized trial of laparoscopic versus open appendectomy. *Surgery.* 1992;112(3):497-501.
17. Kum CK, Ngoi SS, Goh PMY, Tekant Y, Isaac JR. Randomized controlled trial comparing laparoscopic and open appendectomy. *Br J Surg.* 1993;80(12):1599-600.
18. Paik P. Intra-abdominal abscesses following laparoscopic and open appendectomies. *J Gastrointest Surg.* 1997;1(2):188-93.
19. Frazee RC. Laparoscopic Appendectomy for Complicated Appendicitis. *Arch Surg.* 1996;131(5):509-12.
20. Yao CC, Lin CS, Yang CC. Laparoscopic appendectomy for ruptured appendicitis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 1999;9(4):271-3.