

La bête de six centimètres de long dans le ventre

Appendice vermiforme

Tania Hunziker, Kaspar Lüthi

Praxis Gruppe Brienz Allgemeinmedizin

Contexte

En consultation, les douleurs abdominales font partie des symptômes les plus fréquents chez les enfants, qu'il s'agisse d'épisodes aigus ou d'épisodes périodiques et récurrents.

Différentes pathologies abdominales et extra-abdominales se manifestent initialement par des douleurs abdominales. Il est essentiel de toujours suivre une approche clinique afin d'exclure les maladies qui nécessitent un traitement immédiat et d'identifier la maladie qui nécessite un traitement symptomatique.

Anamnèse et status

Un patient de 8 ans, jusqu'alors en bonne santé, consulte son médecin de famille car il souffre depuis 5 jours de douleurs abdominales diffuses d'intensité variable. Au début, les douleurs étaient très fortes, mais elles se sont atténuées au fil du temps. Au moment de l'examen, elles étaient localisées dans la fosse iliaque droite; le patient a été en proie à un épisode unique de diarrhée, sans vomissements, nausées ou fièvre. À la maison, le patient avait pris de manière irrégulière l'analgésique oral ibuprofène.

L'anamnèse systémique a permis d'exclure une rhinorrhée, une toux, une dysurie et une pollakiurie. Le patient n'avait pas eu de douleurs similaires dans le passé et il n'avait pas d'antécédents de chirurgie abdominale.

Au moment de l'examen clinique, le patient présentait un bon état de santé général et un bon état nutritionnel, avec un poids de 34 kg, une taille de 1,37 m, une fréquence cardiaque de 92/min, une fréquence respiratoire de 25/min, une pression artérielle RR de 110/80 mm Hg et une température de 37,5 °C mesurée à l'oreille.

Il était bien hydraté, avec un bon état nutritionnel et une bonne irrigation sanguine. Il

avait une couleur de peau normale et un oropharynx sans particularité, et il ne présentait aucun signe de troubles respiratoires. L'auscultation cardio-pulmonaire n'a révélé aucune anomalie. Il se plaignait d'un abdomen douloureux avec des bruits intestinaux vifs. Il présentait une défense abdominale au niveau de la fosse iliaque droite et le point de Mc Burney était douloureux. L'examen génital n'a révélé aucune anomalie. De même, l'enfant ne présentait aucune anomalie neurologique.

Commentaire

Le cas présenté est celui d'un garçon de 8 ans qui souffrait depuis 5 jours de douleurs abdominales initialement diffuses puis localisées dans la fosse iliaque droite, accompagnées uniquement d'inappétence. Une douleur à la pression au niveau du point de Mc Burney réduit les diagnostics possibles à une lymphadénite mésentérique versus une appendicite aiguë.

Nous avons constaté la possibilité d'une appendicite malgré l'absence de la séquence symptomatique typique de Murphy, qui consiste en des douleurs épigastriques ou péri-ombilicales et des vomissements, la douleur étant irradiante et localisée dans la fosse iliaque droite; cette séquence typique est présente chez moins de 50% des enfants atteints d'appendicite aiguë [1]. Elle ne doit pas être confondue avec le signe de Murphy – douleurs chez les patientes et patients atteints de cholécystite aiguë, qui sont déclenchées lorsqu'on leur demande de prendre une pro-

fonde inspiration et de retenir leur souffle tout en palpant la région sous-costale. La séquence de Murphy et le signe de Murphy sont le fruit de la sémiologie digestive du Dr John Benjamin Murphy, grand clinicien et pionnier de la médecine basée sur l'évidence: il a identifié cette série de signes et de symptômes en analysant 141 dossiers médicaux et laparotomies dans lesquels une appendicite avait été diagnostiquée, et par déduction de ses expériences personnelles [2].

Les enfants atteints d'une appendicite aiguë non compliquée présentent en moyenne des symptômes pendant 1 à 2 jours, tandis que ceux atteints d'une appendicite aiguë compliquée présentent en moyenne des symptômes, un mauvais état général et de la fièvre pendant plus de 3 jours [3]. Notre patient était dans un bon état général et ne présentait pas de fièvre, ce qui plaide en faveur d'une lymphadénite mésentérique régressive.

Résultats et diagnostic

Le patient s'est présenté avec un tableau clinique de douleurs abdominales qui s'étaient développées pendant 5 jours, sans vomissements, ni nausées, ni fièvre, et avec des douleurs abdominales décroissantes. En raison des douleurs et de la résistance musculaire au niveau de la fosse iliaque constatées lors de l'examen physique, les examens ont été complétés par une analyse de l'hémogramme (tab. 1).

Le score d'Alvarado a été utilisé et a donné une valeur de 6, autrement dit «appendicite possible».

Commentaire

L'appendicite est l'une des maladies les plus fréquemment mal diagnostiquées. Dans les services d'urgence, 15,3% des appendicites aiguës chez les enfants ne sont pas diagnostiquées. D'un autre côté, les taux d'appendicectomies négatives se situent toujours entre 10 et 15% [3]. Les appendicectomies négatives correspondent à l'ablation chirurgicale d'un appendice sain. Pour ces raisons, il est extrêmement important d'utiliser des scores prédictifs validés pour le diagnostic.

Le score clinique (tab. 2), qui a été proposé en 1986 par le Dr Alfredo Alvarado, tient compte de huit caractéristiques principales extraites du tableau clinique de l'appendicite aiguë et regroupées sous l'acronyme mnémotechnique MANTRELS: douleur migrante dans le quadrant inférieur droit («Migration of pain»), anorexie («Anorexia») et/ou cétonurie, nausées («Nausea») et/ou vomissements, sensibilité à la douleur dans le quadrant inférieur droit («Tenderness»), effet rebond («Rebound»), température élevée («Elevated temperature»), leucocytose («Leukocytosis») et déviation vers la gauche («Shift to the left»). En fonction du résultat, un traitement est proposé: si la valeur est comprise entre 1 et 4, la probabilité d'une appendicite est très faible. Si la patiente ou le patient obtient 5 ou 6 points, elle ou il a une appendicite probable et a besoin d'examen cliniques et de laboratoire en série ainsi que d'examen d'imagerie (échographie ou tomodensitométrie). Un score de plus de 7 est considéré comme une «stratégie unique» pour décider quelle patiente ou quel patient doit être opéré(e) [4].

Selon le score d'Alvarado, notre patient est classé dans le groupe de risque intermédiaire pour le diagnostic d'une appendicite aiguë (tab. 3). Une échographie est recommandée aussi bien pour les patientes et patients pédiatriques ayant une probabilité intermédiaire sur ces échelles que pour les patientes et patients adultes [5].

Le score d'Alvarado peut être utilisé chez les enfants et les adultes. Il existe un score qui quantifie le risque d'appendicite chez les enfants souffrant de douleurs abdominales, appelé Pediatric Appendicitis Risk Calculator (pARC), qui peut être utilisé chez les enfants de ≥2 ans souffrant de douleurs abdominales aiguës (durée <96 h) et qui, pour cette raison, n'a pas été utilisé chez notre patient.

Tableau 1: Analyse de l'hémogramme.

Désignation	Valeurs	Unité
Érythrocytes	4,54	10E6/μl
Hémoglobine	13,4	g/dl
Hématocrite	39,5	%
Volume globulaire moyen (VGM)	86,9	μmE3
Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (CCMH)	29,5	pg
Largeur de distribution des globules rouges (IDR)	33,9	g/dl
Plaquettes	13,1	%
Thrombocyte (PCT)	245	10E3/μl
Volume plaquettaire moyen (VPM)	0,188	%
Volume plaquettaire (VP)	7,7	μmE3
Largeur de distribution des plaquettes (IDP)	0,131	%
Leucocytes	14,3	10E3/μl
Lymphocytes en pourcentage	23,9	%
Lymphocytes absolus	3,4	10E/μl
Monocytes en pourcentage	6,9	%
Monocytes absolus	1	10E/μl
Granulocytes en pourcentage	69,2	%
Granulocytes absolus	9,9	10E3/μl
Protéine C réactive, qn	52	mg/l

Évolution

Le patient a ensuite été transféré pour une opération d'urgence en raison d'une appendicite.

Avant l'opération, une échographie a été réalisée et a révélé les anomalies suivantes: épaississement de la paroi intestinale du pôle cæcal, accompagné d'un épaississement de l'iléon terminal. En outre, présence de liquide libre dans les environs du pôle cæcal. L'appendice n'était pas délimitable.

Le diagnostic d'appendicite aiguë avec abcès pérityphlitique a été confirmé par laparoscopie. Une appendicectomie non compliquée a été réalisée. Le patient est sorti le troisième jour postopératoire. Il a ensuite reçu les antibiotiques amoxicilline + acide clavulanique et métronidazole pendant cinq jours.

Commentaire

D'après les lignes directrices actuelles de l'American College of Radiology et de la

Société Suisse de Chirurgie, l'échographie devrait être le premier choix chez les enfants avec suspicion d'appendicite.

Les données échographiques de notre patient nous ont permis d'exclure la deuxième option diagnostique d'une lymphadénite mésentérique.

Les constatations intra-opératoires ont permis de poser le diagnostic définitif d'appendicite aiguë compliquée avec abcès pérityphlitique chez un patient se plaignant de douleurs abdominales d'intensité décroissante, mais présentant une inappétence persistante. Il existe deux explications physiopathologiques à cela: (1) La première est que les douleurs causées par les distensions ou contractions inflammatoires dues à l'obstruction de l'appendice s'atténuent dès que l'appendice est perforé et que le contenu de l'appendice passe dans la cavité abdominale. Il en résulte une période variable de bien-être, suivie d'une augmentation de la douleur.

Tableau 2: Score d’Alvarado pour l’appendicite aiguë.
Risque d’appendicite aiguë: faible [0–4 points], intermédiaire [5–6 points] ou élevé [7–10 points].

Variable	Valeur	
	Oui	Non
Signes		
Sensibilité dans le quadrant inférieur droit	+2	0
Température élevée	+1	0
Sensibilité de rebond	+1	0
Symptômes		
Migration de la douleur vers le quadrant inférieur droit	+1	0
Anorexie	+1	0
Nausées ou vomissements	+1	0
Valeurs de laboratoire		
Leucocytose >10 000	+2	0
Déviation vers la gauche des leucocytes	+1	0

Tableau 3: Score d’Alvarado appliqué au patient.

Variable	Valeur	
	Oui	Non
Signes		
Sensibilité dans le quadrant inférieur droit	+2	–
Température élevée	–	0
Sensibilité de rebond	–	0
Symptômes		
Migration de la douleur vers le quadrant inférieur droit	–	0
Anorexie	+1	–
Nausées ou vomissements	–	0
Valeurs de laboratoire		
Leucocytose >10 000	+2	–
Déviation vers la gauche des leucocytes	+1	0

(2) L’autre explication est que le processus inflammatoire septique entraîne une ischémie et une nécrose de la paroi de l’appendice, ce qui endommage les terminaisons nerveuses des plexus intramuraux responsables des sensations viscérales avec une interruption consécutive du signal douloureux.

Examens complémentaires

Histologie: appendicite gangréneuse avec mise en évidence d’une perforation et d’une sérosité fibrino-purulente. Pas de dysplasie. Pas de malignité.

Commentaire

L’appendicite perforée avant traitement médical est fréquente chez les enfants et suit une relation linéaire inverse avec l’âge: le taux d’appendicite perforée peut atteindre jusqu’à 100% chez les patientes et patients de moins d’un an, 69–74% chez les enfants de moins de 5 ans et 30–40% chez les enfants de plus de 8 ans. Sur le plan clinique, le moment d’apparition des symptômes est considéré comme un indicateur de complications.

L’appendicite perforée est rare chez les enfants présentant des symptômes depuis moins de 24 heures et ne survient généralement que 48 heures après le début des symptômes. Une perforation peut d’abord être associée à une légère diminution des douleurs, qui peuvent ensuite devenir plus diffuses, pour autant que la perforation ne soit pas endiguée à temps, comme dans le cas du patient décrit. Les patientes et patients présentant une fièvre persistante ont un risque plus élevé d’appendicite perforée [6]. Chez le patient décrit, aucune fièvre n’a été documentée dans l’anamnèse et à l’examen physique, ce qui peut être attribué à l’effet antipyrétique de l’ibuprofène.

L’hyponatrémie s’est avérée être un puissant prédicteur indépendant de l’appendicite compliquée chez les enfants; après une durée prolongée des symptômes, elle est le deuxième prédicteur le plus puissant. Le concept d’hyponatrémie en tant que prédicteur de la sévérité de la maladie ne s’applique pas uniquement à l’appendicite. Il est bien documenté que l’hyponatrémie est un outil diagnostique utile pour distinguer les infections non nécrosantes des infections nécrosantes. Nous n’effectuons pas de dosage du sodium sérique [7].

Conclusion

L’appendicite aiguë est une maladie vieille comme le monde: sur une momie égyptienne de l’époque byzantine, on a constaté des adhérences dans le quadrant inférieur droit, qui indiquent une appendicite aiguë. Il y a 187 ans, le Dr Amyand a réalisé la première appendicectomie réussie, soit dit en passant chez un garçon de 11 ans. Le fait que l’enfant ait survécu est exceptionnel, car jusqu’au début du 20e siècle, les douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite étaient la hantise de la population et des médecins, car elles se soldaient souvent par la mort de la patiente ou du pa-

tient. Rappelons-nous le surnom de l'appendice vermiforme – «la bête de six centimètres de long dans le ventre». Il ne fait aucun doute que les progrès de la médecine ont fait de ce terrible mythe une maladie répandue et connue, dont le diagnostic correct peut poser quelques défis cliniques. Dans le cas de notre patient, le diagnostic a été établi en complétant le score d'Alvarado par des données cliniques et des résultats de laboratoire, ainsi que par les données de l'échographie.

L'essentiel pour la pratique

- La séquence symptomatique typique de Murphy, à savoir une douleur péri-ombilicale suivie d'un déplacement de la douleur vers la fosse iliaque droite, des vomissements et de la fièvre, est observée chez moins de 50% des enfants atteints d'appendicite aiguë.
- Parmi les scores cliniques disponibles pour améliorer le diagnostic de l'appendicite aiguë figure le score d'Alvarado. Il se compose de huit éléments: migration de la douleur, anorexie, vomissements ou nausées, sensibilité douloureuse à la palpation dans le quadrant inférieur droit, douleur à la décompression, température élevée, leucocytose et déviation vers la gauche du leucogramme. Chaque élément est évalué, de sorte qu'un maximum de dix points peut être attribué. Selon l'auteur, une patiente ou un patient ayant un score de 5 à 6 doit être surveillé(e), car cela est compatible avec une appendicite et une échographie est actuellement recommandée; si le score est de 7 à 10, une opération est recommandée pour ce diagnostic.
- L'échographie est un instrument précieux pour le diagnostic de l'appendicite chez l'enfant.
- L'hyponatrémie est un marqueur hautement discriminant de l'appendicite compliquée chez les patients pédiatriques.

Correspondance

Dr. med. Tania Hunziker
Praxis Gruppe Brienz Allgemeinmedizin
Hauptstrasse 152
CH-3855 Brienz
[dra.hunziker\[at\]outlook.com](mailto:dra.hunziker[at]outlook.com)

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré de liens financiers ou personnels en rapport avec cet article.

Références

1 Benabbas R, Hanna M, Shah J, Sinert R. Diagnostic Accuracy of History, Physical Examination, Laboratory Tests, and Point-of-care Ultrasound for Pediatric Acute

Appendicitis in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2017 May;24(5):523–51.

2 Murphy JB. Appendicitis: with original report and analysis of one hundred and forty-one histories and laparotomies for the disease under personal observation. Reprinted from *The Journal of the American Medical Association*, March 3 to 24, 1894. Chicago: Printed at the office of the journal of the Association, 1894.

3 van den Bogaard VA, Euser SM, van der Ploeg T, de Korte N, Sanders DG, de Winter D, et al. Diagnosing perforated appendicitis in pediatric patients: a new model. *J Pediatr Surg*. 2016 Mar;51(3):444–8.

4 Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med*. 1986 May;15(5):557–64.

5 Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020 Apr;15(1):27.

6 Pham XD, Sullins VF, Kim DY, Range B, Kaji AH, de Virgilio CM, et al. Factors predictive of complicated appendicitis in children. *J Surg Res*. 2016 Nov;206(1):62–6.

7 Williams GR. Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg*. 1983 May;197(5):495–506.