១ឬ១១១ក្ស១ណ៏

PA. KY Sivantha adjoint chef de département de CA

APPENDICITE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE

- Introduction
- Cas Clinique
- Discussion
- Conclusion

I. INTRODUCTION(1)

- Inflammation de l'appendice iléo-caecal, est l'urgence CH abdominale non obstét- la + f/q.
- Environ 7% des occidentaux présente une AA au cours de leur vie.
- Aussi f/q chez l'homme que chez la femme, elle peut atteindre tous les âges :
  - rares mais + graves < 3 A et chez le sujet âgé,
  - très f/q chez l'adolescent et l'adulte jeune.
- Cause: inflammation aigue de l'appendice par absence de drainage de la lumière appendiculaire après obstruction de celle-ci.

INTRODUCTION(2)

- Appendicite et Gr. représente près 1/3 des cas d'urgences abdominales non traumatiques.
- Elle est aussi f/q pendant la Gr qu'en dehors d'elle.
- Son incidence est de 1/1.000 à 1/2.000 Gr, et les chirurgiens opèrent 1 f.enceinte/100 appendicectomies.
- Il s'agit d'une association grave qui met en jeu les pronostics maternel et fœtal par un retard de Δg.

INTRODUCTION(3)

- selon Tshibangu K. et al : “gr. à risque fœtal élevée” malgré la précocité de Δg et de traitement.
- Les S. d’appel sont polymorphes et trompeurs, source d’erreur Δg et de retard thérapeutique.
- Une laparotomie blanche a été notée à:
  - 15,9% selon l’étude d’Ueberrueck T. et al, et
  - 17,5% selon Tshibangu K. et al.
- Il n'existe aucun parallélisme entre la clinique et les lésions anatomopathologique.
- Il a tjs posé des problèmes d’ordre Δg et thérapeutique surtout a/c du 3^{ème}T.

II. App- &Gr. À l'hôpital PKS

- Etude rétrospective d'une série de 13 appendi- sur Gr. opérées de 11/ 2005 à 12/ 2010 dans les services de GO et de CH digestive de HPKS.
- Les objectifs:

- identifier les caractéristiques épidémiologique et les modalités Δg,

- rapporter les modalités et les résultats du traitement des appendicites chez la F.enceinte.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

- Les F. enceintes opérées pour 1 appendicite, qq soit le stade évolutif, dans les services de GO et de CH digestive de HPKS, du 11/2005 au 12/2010.

- Les données épidémiologiques étudiées incluaient les âges maternel et gestationnel.

- Les données Δg retenues concernaient le délai de consultation, les SC en fonction de l'AG et les S para-C ; mais pas de données ana-path.

- Les modalités de la tocolyse, de l'AB et du traitement CH ont été également revues.

- L'évolution post opératoire a été appréciée sur la mortalité et la morbidité MF.

- Le suivi de Gr. et du post-partum a été effectué par le service de GO et par le médecin traitant des patientes.

RÉSULTATS :

1. Aspects épidémiologiques

Tableau I : Aspects épidémiologiques

3.052 F enceintes		1er trim	2ème trim	3ème trim
Appendicites	GO=06 +CH= 07	05	06	02
	1/235=0,43%	38,46 %	46,15 %	15,38 %
Âge moyen	25,30ans			

2. Aspects diagnostiques(2,84J=1-7J)

Tableau II : Répartition selon les SC

13 Appendicites	Signes Cliniques	1T	2T	3T
	Dl. FID	5	4	1
	Dl. FID & Flanc D		2	1
	Hyperesthesie cutanée	1	1	
	Nausées	1	1	1
	Vomissements	2	3	
	Fièvre	2	4	
	Dyspnées			1
	Arrêt de M+G	1	1	1
	S. urinaires		1	

3. Au plan para clinique

Tableau III : Répartition selon les S para C

13 Appen-	S. para C	1er trime-	2ème trim-	3ème trim-
11Hg (3+6+2)	GB Nor-	2	1	2
	GB élevé	1	5	
	PN élevé	3	6	2
13 écho-	A. non vu	1(rétrocoe +KOD)	1(rétrocoe)	2(1A+cps et, 1péri.App)
	Appendici-	3	5	
	Abcès app-	1		
3 ECBU (0+1+2)	ECBU- N		1	2

4. Les diagnostics retenus

Tableau IV : Diagnostic

13 Appendicites	Diagnostic	1er trim	2ème trim	3ème trim
Aspects évolutifs	AA non com.	2	4	1
	Abcès A/ Pé. localisée	3	2	
	Pé- généralisé			1
Delai moyen	Avant 6 H	5	5	
	Après 6 H			2
	Après 12 H		1	

5. Aspects thérapeutiques

Tableau V : Traitements

V.a : Répartition selon le type d'incision

13 Appendicites	Traitements	1er trim	2ème trim	3ème trim
Type d'incision	Mac Burney	3	4	
	M B élargi		1	
	Jalaguier	1	1	
	Pfannenstiel	1		2

V.b : Répartition selon le type d'AB

13Appendici	Traitements	App- A	Abcès A ou P. localisée	Péri- g
Type AB	ceftriaxone	2	1	
	Ceftri-genta		1	
	Ceftri-métro		1	
	Ceftri+G+M	1(plaie infecté)	1(plaie infecté)	
	Ampi- genta	3		
	Ampi+ G+M	1	1	
	Ampi+cipro+M			1

V.c : Répartition selon le type de tocolytique

4 Appendicites	Traitements	1er trim	2ème trim
Type de tocolytique	Progestérone PO	1	
	Loxen LP PO		2(+1spasfon)
	Indométacine Injectable		1(3A)

6. Évolution et complication post-op

- Evolution post opé- a été appréciée sur la morbidité et la mortalité MF.
- Le suivi de Gr et du PP a été effectué par le service de GO et par le médecin traitant.
- AA diagnostiquée et opérée rapidement est devenue une affection bénigne.
- Dans notre étude, toutes les patientes ont été diagnostiquées avant la 24 heure d'admission => opérées immédiatement.

- Toutes les opérées étaient des formes moins graves, sauf 1 péritonite généralisée c/o la Gr. à terme présentait des S. de détresse respiratoire importante avant d'être opérée.

- Nous n'avons pas eu de mort fœtale ni de MAP.

- Une complication post opé- telle qu'une plaie infectée a été notée chez 2 patientes au 1er T => ajouter des AB.

- Aucun décès maternel n'a été noté dans notre travail.

III. DISCUSSION

- AA est l'urgence digestive non traumatique la plus courante durant la Gr. avec une f/q de 0,43 % dans cette étude contre 0,05% à 0,1 % dans la littérature.

  =>Ce haut indice peut être <= notre hôpital est le centre de référence pour les patho- chir.

- Association appendicite et Gr. survient

  - dans 75% des cas < 35 ans, et
  - dans 85% des cas < 30 ans,

=> dans notre étude 12 ont < 30A (92,30%) et 1 à 38A.

- Âge gestationnel (AG):
  - Comme dans la série de Lebeau R. et al.=> les 2 premiers T de la Gr. étaient les plus concernés.
  - Pour Halvorsen et al. => une égale f/q aux 2ème et 3èmeT de la Gr.
  - Pour Joseph AM., et al (25cas), 60% au 1er, 30% au 2ème et 10% au 3ème trimestre.
  - Donc ➔ AG ne semble pas avoir d'incidence sur la survenue de l'AA.
- Δg d'AA pdt la Gr. présente des difficultés variables en fonction de l'AG:

- SC:
  - Au 1er T : n'est pas différente de celle observée chez la F non enceinte. La dl abdo- est le S. le plus constant et importante pour le Δg => trouvée chez toutes les patientes de notre série.
  - A/c des 2 derniers T de la Gr, le Δg devient plus difficile du fait d'une modification des r/p de l'appendice et de l'utérus.
    - La douleur peut se localiser, soit dans la FID, soit dans le flanc ou l'hypochondre D.
    - Elle peut s'accompagner de CU faisant évoquer une MA tardif ou MAP =>écho- abdo-

- Hg=>hyperleucocytose dans 6 cas/11 prélèvements, mais tous étaient à PN élevés. Ce résultat est identique à ceux retrouvés dans la littérature => Δg. La leucocytose normale durant la Gr varie entre 12.000 à 15.000.

- Echo. abdomino-pelvienne => Δg:

  - appendice incompressible > 6 mm de diamètre,
  - apéristaltique + épaisseur parié- > 3mm et
  - p/f présence de liquide dans la lumière appen-.

=>Réalisé par un opérateur entraîné, l'écho a une Se: 91,5% et une Sp: 94,3 % selon l'étude de Crombé A.

=>L'échographie peut être gênée aux 2 derniers T par le volume utérin,

=>Son intérêt est:

- d'éliminer 1 patho- annexielle ou obstét- associée,
- de documenter la Gr en précisant l'AG et la vitalité F.

=> Chez nos patientes, l'écho- a été 1 excellent apport en confirmant le Δg d'appendicite au 1er et 2èmeT dans tous les cas sauf pour le siège rétro cæcal.

=>Nous recommandons donc l'écho- du fait:

- de la disponibilité des machines,
- des performances de l'examen en patho- gyn,
- de l'absence d'irradiation.

=>Nous n'avons pas l'expérience de la cœlio- dans le Δg des AA.

- ECBU n'avait été faite que 3 cas (1 au 2ème T et 2 au 3ème T), et il était normal.

❖ ➔ Donc sur le plan Δg, l'appendicite est basée surtout sur la clinique comme l'étude de Groebli Y. et al;

=> si les SC ne sont pas évidents, l'hyperleucocytose à PN et l'écho- abdo-pelvienne peuvent aider le Δg.

➔Sur le plan thérapeutique, toutes les patientes ont été opérées par laparotomie.

=>VA : est en fonction du stade évolutif de l'appendicite, de l'AG et le désir de réaliser une césarienne en même temps .

=>Dans notre étude, 2 gestantes à termes qui avaient 1 AA sur corps étranger et 1 péritonite généralisée ont subi une césarienne première par voie Pfannenstiel.

- Choix de l'AB : fonction du stade évolutif de l'appen- et d-ê active sur les Gr(-) et les anaérobies.

  => F. enceinte, on utilise Augmentin.

- Dans notre étude, le choix de l'AB est:

  => en fonction du stade évolutif de l'appendicite et de ses complications post opératoires ;

  => pas tenir compte sur leurs effets indésirable sur la Gr. à cause de la disponibilité des AB dans notre H et de la pauvreté des patientes.

- Une complication post opé: plaie infectée a été notée chez 15,38% (2 patientes au 1^{er}T=2/13)

contre 6,4% selon l'étude d'Ueberrueck T. et al (6/94) => d'ajouter des AB.

- La tocolyse a été fait dans 4 cas, 1 au 1er T et 3 au 2èmeT pour prévenir les CU <= trauma- chirur, dl appendi- et post-opé.

➔ Aucun cas de MAP ou Avt chez ttes les patientes qui ont eu ce traitement (cette attitude qui est recommandée par Marret H et al + Leroy).

➔Nous recommandons donc la tocolyse préventive pour incidence des AP et des Avts.

- Pronostic MF est fonction de la gravité de l'affection, de la rapidité du Δg et thérapeutique

=>Il est aussi plus grave si l'on est proche du T.

=>Dans notre étude, tous les Δg ont été faits avant la 24 H d'admission et les gestantes opérées immédiatement:

- pas de mort F. ni de MAP.
- aucun décès maternel.

➔Ce fait est dû à la précocité - du Δg et
- du traitement.

IV. CONCLUSION

AA chez la F. enceinte est une affection rare et de Δg relativement difficile en raison de la modification des tableaux cliniques habituellement observés.

- Au 1er T, le diagnostic est aisé, le traitement simple et le pronostic généralement bon.
- Aux 2 derniers T, les difficultés du Δg sont responsables des formes graves et d'un traitement chirurgical agressif.

=> Devant toute menace inexpliquée d'AP, l'évacuaT => un centre médical bien équipé.

- Echo- pelvienne et ECBU devraient être systématiQ en cas de douleur abdominale chez la F enceinte.
- Le doute Δg impose l'exploration chirurgicale.

- Péritonites ne sont pas rares - soit par perforation.
  - soit par diffusion.
- Virulence particulière de la flore anaérobie associée au germes Gr (-) d-ê soulignée.
- Risque pédiatrique de prématurité et de contamination bactérienne MF.

- Une fois diagnostiquée, l'intervention chirurgicale devra se réaliser sans délai car la diffusion des lésions a/c des 2 derniers T est particulièrement rapide.
- Après l'appendicectomie et la toilette péritonéal => problème de drainage.
- Dans les suites opératoires, il faudra adjoindre à la réanimation une AB et 1 traitement tocolytique.
- La césarienne première peut éviter au fœtus une infection transmise mais comporte le risque d'une suture utérine réalisé en milieu septique.

TRAVAILLER EN GROUPE

REFERENCES

[1]. Balique Jean-Gabriel. Appendicite aigue et ses complications : Diagnostic, traitement. Rev. prat. (Paris) : 2001 ; 51 (1) :101-105.

[2]. Berthet-badetti L., Tanti M-C., Boimond H. Appendicite aigue au troisième trimestre de la grossesse. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1997; 92 (3): 205-207.

[3]. Berteloot D, Dewailly S, Menier J-C Durand F., Ceugnart L-Lille-France. Apport de l'échographie systématique dans les syndromes douloureux aigus de la FID et le diagnostic d'appendicite. Résumés des journées de la Société française de radiologie. J Radiol(Paris) 1998 ; 79 : 1087.

[4]. Blanc B., Pocard M., Villet R. Techniques chirurgicales de l'appendicectomie pour appendicite aigue. Journal de chirurgie (Paris. 1908) A. 2009, 146: 522-531.

[5]. Boulmont M., Farran M, et Debaize J-P. Appendicite aigue sur corps étranger. Rev. méd. Brux. 1995; 16 (3): 135-136.

[6]. Chambon JP, Quandalle P., Regnier Cl., Delecour M., Ribet M. Les urgences abdominales non gynécologiques durant la grossesse. Ann Chir 1986; 4: 455-461.

[7]. Crombé A., Weber F., Gruner L., Martins A., Fouque P., Barth X. L'échographie abdomino pelvienne en cas de suspicion d'appendicite aigue : évaluation prospective chez l'adulte. Ann Chir 2000 ; 125 : 57-61.

[8]. Crombé-ternamian A., Martins A., Ménard Y., Weber F., Fouque P., Barth X., et al. Apport de l'échographie dans le syndrome appendiculaire : Le diagnostic de l'appendicite. Résumés des journées de la Société française de radiologie. J Radiol (Paris) 1998 ; 79 : 1087.

[9]. Dufour P, Delebecq T, Vinatier D., Haentjens-Verbeke K., Tordjeman N., Prolongeau J.F. et al. Appendicite et grossesse à propos de 7 observations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996; 25: 411-415.

[10]. Dupre A. Appendicite aigue (224). Corpus Médicale- Faculté de Médecine de Grenoble. Mai 2004 (Mise à jour juin 2005) : 3p. Disponible sur < http : //www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>

[11]. Groebli Y., Bally F., Duscher A., et Merlini M. Douleur de la fosse iliaque droite: Valeur des examens paracliniques pour le diagnostic d'appendicite aigue. Lyon chir, 1993; 89 (5): 360-363.

[12]. Harouna Y. D., Garba M., Sabry M., Gamatie Y., et Abdou I. Appendicite et grossesse avancée: à propos de 3 cas à l'hôpital national de Niamey, Niger. Bulletin de la Société de pathologie exotique A. 2003, 96 (2): 83-85.

[13]. Joseph A M., Harry O. Appendicitis in pregnancy. Medical Practice. CMA journal/may 17, 1975; 12: 1187-1188.

[14]. Lansac J., Berger C., Magnin G. Urgence abdominale pendant la grossesse. Obstétrique pour le praticien. 4eédition. © Masson, Paris : 1983-1997-2003 : 209-216.
[15]. Lansac J., Wallez J.-C. Urgence chirurgicale au cours de la grossesse et de l'accouchement. In : Lansac J., Body G., Magnin G., et al. La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique. © Masson, Paris, 1998. 126-144.
[16]. Lebeau R., Diané B., Koffi E., Bohoussou E., Kouamé A., Doumbia Y. Appendicite aiguë et grossesse. À propos de 21 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34: 600-605.
[17]. Lemine M, Collet M, Brettes J.P. Urgences abdominales et grossesse. Rev Fr Gynecol Obstet. 1994; 89: 553-559.
[18]. Leroy JL. L'appendicite aiguë au cours de la gravido-puerpéralité: les difficultés du diagnostic et du traitement. Med Chir Dig 1981; 10: 143-147.
[19]. Mutter D., Marescaux J. Appendicite aigue. Faculté de Médecine ULP Strasbourg Année 2002. Item224. Module 14 : 279-286.
[20]. Maisonnette F., Dubayle G., Aubard Y., Baudet J.H. Appendicite aigue au cours des deux derniers trimestres de la grossesse. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1999; 94 (1): 66-69.
[21]. Marret H, Laffon M, De Calan L., Bourlier LP., Lansac J. Urgences chirurgicales au cours de la grossesse. Encycl Med Chir, Gynécologie Obstétrique, 5-049-D10, 2000, 13 p.
[22]. Nouira M., Jerbi M., Sahraoui W., Mellouli R., Sakhri J., Bouguizane S. et al. Appendicite aigue chez la femme enceinte : À propos de 18 cas. Rev. Fr. gynécol. obstét. 1999; 94 (6): 486-491.
[23]. Paniel. B.J., Haddad B., Hanauer M., et Touboul C. Urgences chirurgicales. In: Cabrol D., Pons J-C., Goffinet F. Traité d'obstétrique. Flammarion: 2003: 683-690.
[24]. Taourel P., Kessler N., Blayac PM., Lesnik A., Gallix B., Bruel JM. Imagerie de l'appendicite. Échographie, scanner ou rien du tout. J Radiol 2002; 83: 1952-1960.
[25]. Touhami H. Appendicite aigue et grossesse: les conditions du succès. Maghreb Médical. 1984; 101: 51-53.
[26]. Tshibangu K, Alardo JP, Liselele-Bolemba L, Makania K., et Sinamuli K. Risque foeto-maternel de l'appendicite et grossesse en Afrique centrale. Ann Soc Belge Med Trop 1985; 65: 369-372.
[27]. Ueberrueck T., Koch A., Meyer L., Hinkel M., Gastinger I. Ninety-four appendicectomies for suspected acute appendicitis during pregnancy. World journal of surgery A. 2004, 28(5): 508-511.

សុបមានសាក្សីណា