

Deux histoires, un même diagnostic

l'appendicite aiguë : trop tard pour y penser, trop tard pour agir

par Louise Nolet

L'histoire de M. Brochu

M. Brochu, un homme de 72 ans très autonome et vivant seul, a comme unique antécédent un infarctus du myocarde survenu il y a déjà 15 ans. Toutefois, voilà qu'apparaît une vague douleur abdominale haute, suivie d'inappétence. Inquiet, il consulte un médecin qui procède à une évaluation cardiaque dont les résultats sont négatifs. Le médecin rassure donc M. Brochu. La douleur devient toutefois constante. M. Brochu se déplace difficilement en se tenant le bas du ventre, reste plus souvent allongé avec la hanche droite en flexion. Puis, au cours d'une visite hebdomadaire, sa fille le trouve mort dans son lit.

L'histoire d'Étienne

Étienne, 4 ans, se plaint aussi d'une douleur abdominale, mais ne présente pas de fièvre. Il s'hydrate bien malgré son manque d'appétit et quelques vomissements.

La semaine précédente, sa mère l'a amené chez le médecin qui lui a prescrit des antibiotiques pour une pneumonie lobaire droite. À l'examen, l'enfant est bien hydraté, et son abdomen est souple avec présence de péristaltisme. Le médecin relie les symptômes aux antibiotiques et en cesse l'administration.

Étienne ressent toutefois un fréquent besoin d'aller à la selle et il présente de la pollakiurie avec dysurie. Comme il devient de plus en plus faible et pâle, il est conduit à l'hôpital à 65 km de chez lui. Il fait un arrêt cardiorespiratoire dans l'ambulance. Malgré les manœuvres de réanimation intensives, il décède quelques heures après son arrivée. Une encéphalopathie anoxique grave est diagnostiquée.

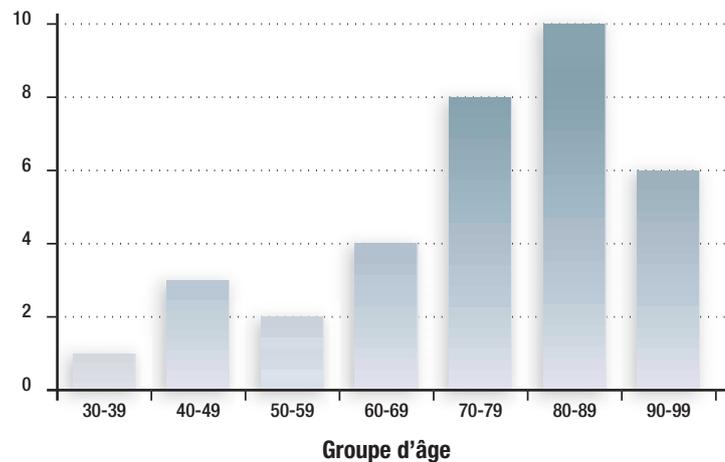
L'avis au coroner

Dans les deux cas, un médecin a constaté le décès, mais a

La D^e Louise Nolet est coroner permanent au Bureau du Coroner, à Québec.

FIGURE

Décès causés par l'appendicite aiguë au Québec entre 1996 et 1999



113

été incapable d'en établir la cause probable et de confirmer ou d'infirmer le diagnostic du confrère consulté quelques jours auparavant. Un avis est alors donné au coroner qui demande une autopsie en milieu hospitalier.

Le résultat des autopsies révèle que les deux patients sont décédés d'une appendicite aiguë rupturée.

Les taux de morbidité et de mortalité de l'appendicite aiguë

L'appendicite aiguë est un trouble abdominal nécessitant un traitement rapide et habituellement curatif. Les chances de guérison rapide sont meilleures en l'absence d'abcès ou de péritonite.

La perforation est plus fréquente chez l'enfant et chez le patient âgé. C'est également dans ces deux groupes que le taux de mortalité est le plus élevé.

Selon les données compilées par l'Institut de la statistique du Québec sur les décès survenus entre 1996 et 1999 (voir figure), l'appendicite aiguë a causé la mort de 34 personnes (14 hommes et 20 femmes)¹. En outre, une augmentation du nombre de décès a été notée avec l'âge.

En 1997, un enfant de 10 ans s'affaïsse chez lui dans des conditions semblables. Il souffrait d'appendicite depuis neuf jours. Une enquête publique du coroner a permis d'établir les causes et les circonstances du décès et de formuler certaines recommandations³.

Que s'est-il passé dans les cas de M. Brochu et d'Étienne ?

Dans le cas de ces deux personnes, l'appendicite a évolué jusqu'à une issue fatale en raison :

- d'un diagnostic qui n'a pas été envisagé à temps pour permettre une intervention ;
- d'une évaluation incomplète ;
- d'une condition sous-jacente qui a faussé l'évaluation et le diagnostic.

Le bon diagnostic n'a pas été envisagé

Cas de M. Brochu

Le médecin consulté s'est attardé principalement aux antécédents cardiaques de M. Brochu et a éliminé la possibilité d'un trouble coronarien. L'examen physique n'a pas révélé de problème spécifique à l'abdomen au moment où il a été pratiqué, mettant ainsi fin à l'évaluation.

Bien que l'appendicite aiguë soit peu fréquente aux deux extrémités de la vie, le médecin doit se rappeler qu'elle peut survenir à tout âge. Elle devrait donc figurer parmi les diagnostics différentiels même pour un patient âgé consultant pour une douleur abdominale vague.

Chez les personnes plus âgées, la subtilité des symptômes, la douleur moins importante et sa migration souvent atypique, les signes pariétaux moins francs et parfois absents, un tableau occlusif plus fréquent, l'isolement social et souvent la réticence à consulter sont autant de facteurs qui rendent le diagnostic difficile et souvent tardif. L'état physique de ces personnes est aussi beaucoup plus précaire. Plusieurs autres problèmes, plus fréquents que l'appendicite aiguë, peuvent provoquer une douleur semblable à celle que présentait M. Brochu au moment de sa visite médicale.

Cas d'Étienne

Le pathologiste qui a pratiqué l'autopsie a noté une appendicite aiguë rupturée associée à un gros abcès pelvien. Chez Étienne, le cæcum était situé plus bas que la moyenne, si bien que son appendice se trouvait en position pelvienne. Une inflammation peut alors provoquer des symptômes atypiques (dysurie, pollakiurie, brûlement mictionnel ou globe vésical réactionnel comme dans les cas d'infection urinaire). En cas d'irritation rectale, des signes fonctionnels avec ténésme, épreintes[†] et diarrhée peuvent aussi apparaître.

Dans un tel cas, les signes abdominaux peuvent même être

absents, empêchant le médecin de diagnostiquer l'appendicite à moins de procéder à un examen rectal (ou vaginal) qui provoque une douleur dans le cul-de-sac de Douglas.

Lorsque Étienne a consulté le médecin, sa douleur était vague et ses symptômes, non spécifiques. La pneumonie récente dont il avait souffert, l'antibiothérapie et surtout la position pelvienne de son appendice sont des facteurs qui ont contribué au mauvais diagnostic du médecin.

Les examens complémentaires utiles

Bien que les antécédents et l'examen physique du patient soient les éléments clé dans un diagnostic d'appendicite aiguë, des examens complémentaires peuvent être utiles, particulièrement quand le diagnostic est incertain.

Les analyses de laboratoire

Urines

Il peut être utile d'exclure une infection urinaire chez des patients qui présentent une douleur abdominale accompagnée de symptômes pouvant laisser croire à une telle infection, tout comme dans le cas d'Étienne.

Formule sanguine

Une leucocytose élevée (entre 10 000 cellules/ μ l et 18 000 cellules/ μ l), avec augmentation des polynucléaires, se voit dans 70 % à 90 % des cas d'appendicite aiguë, bien qu'il s'agisse d'un symptôme non spécifique⁴. Au-delà de 20 000 cellules par microlitre, le médecin doit envisager une perforation de l'appendice⁵.

Test de grossesse

Le test de grossesse peut être utile pour éliminer la possibilité d'une grossesse utérine ou ectopique.

Radiologie

Certains examens radiologiques sont utiles pour confirmer le diagnostic d'appendicite aiguë et pour éliminer certains diagnostics différentiels.

Cliché simple de l'abdomen

Le cliché simple de l'abdomen permet de reconnaître un coprolithe* appendiculaire opaque, un calcul urétéral, une distension ou une obstruction du petit intestin, la présence d'air ou de liquide dans la cavité péritonéale, des anses intestinales agglutinées et la disparition de l'ombre du psoas. La répartition des gaz intestinaux peut aussi apporter certains indices.

* Coprolithe : accumulation et concrétion de matières fécales autour de fibres végétales.

† Épreintes : coliques expulsives sigmoïdorectales extrêmement douloureuses

En raison de la faible sensibilité et spécificité de cet examen ainsi que des développements techniques des dernières années, son utilité est maintenant remise en question.

Ultrasonographie

C'est un moyen diagnostique non effractif utile chez l'adolescente qui présente des symptômes pouvant aussi suggérer une maladie inflammatoire pelvienne, une grossesse ectopique ou un kyste ovarien. Cet examen est aussi recommandé chez la femme enceinte qui éprouve une douleur abdominale. Les résultats sont toutefois plus limités chez les patients obèses.

Tomodensitométrie

La tomodensitométrie est utile à différentes étapes. Pratiquée précocement, elle permet de poser plus rapidement un diagnostic d'appendicite aiguë et réduit le temps d'observation d'un patient gardé à des fins diagnostiques. En permettant une intervention thérapeutique à des stades moins avancés de la maladie, c'est-à-dire à un moment où les lésions de l'appendice sont moins graves, elle diminue le risque de complications ainsi que la durée du séjour hospitalier post-opératoire⁶. Enfin, son utilité est bien connue dans le diagnostic, la localisation et le drainage percutané des abcès en période post-opératoire.

La tomodensitométrie moderne, à multidétecteurs, fournit rapidement une vue de tout l'abdomen et du bassin, permettant d'arriver aussi à d'autres diagnostics : diverticulite, pancréatite aiguë, colite, obstruction des voies biliaires, infarctus, maladie inflammatoire du grêle, dissection de l'aorte, et troubles hépatiques ou spléniques.

Les changements tomodensitométriques pertinents associés à une appendicite aiguë sont :

- appendice distendu, non opacifié et rempli de liquide, mesurant plus de 6 mm ;
- épaissement symétrique de la paroi de l'appendice ;
- inflammation au pourtour de l'appendice.

Une étude récente a démontré que chez les femmes de 16 ans à 82 ans qui n'avaient pas eu d'examen radiologique préopératoire, le taux d'ablation d'un appendice normal était de 28 % comparativement à 8 % chez celles qui avaient subi un ultrason et à 7 % chez celles qui avaient passé une tomodensitométrie⁷. Chez la femme, un examen radiologique préopératoire réduirait donc significativement l'incidence d'appendicectomie inutile.

Dans les cas où l'appendicite aiguë a été confirmée, cette même étude, qui portait sur un total de 462 patients de 2 ans à 82 ans (212 femmes et 250 hommes), a démontré que la sensibilité de la tomodensitométrie est de 93 %, comparativement à 77 % pour l'ultrasonographie.

Laparoscopie

Une laparoscopie diagnostique permet d'éviter une appendicectomie inutile. Toutefois, il s'agit d'une procédure plus effractive que les précédentes.

EN CONCLUSION, le coroner investigateur a indiqué dans son rapport public que les décès de M. Brochu et d'Étienne auraient tous deux pu être évités si le diagnostic d'appendicite aiguë avait été posé plus précocement.

L'appendicite aiguë est peu fréquente aux deux extrémités de la vie. Le diagnostic est aussi souvent plus difficile à établir. Le médecin doit donc être très vigilant lorsqu'il évalue une douleur abdominale chez un patient d'un de ces deux groupes d'âge, d'autant plus que les taux de morbidité et de mortalité y sont plus élevés. C'est d'autant plus important lorsque le patient a de la difficulté à s'exprimer, vit seul, demeure loin ou éprouve une douleur imprécise.

Les antécédents du patient sont très importants, mais il faut aussi prendre le temps de bien le questionner, d'établir l'ordre d'apparition des symptômes et de l'examiner soigneusement afin d'éliminer la présence d'une nouvelle maladie. Bien que le diagnostic d'appendicite aiguë soit avant tout clinique, il faut se rappeler que certaines présentations sont très atypiques et évoluent sournoisement. Lorsque le diagnostic est incertain, une observation clinique suivie et certains examens complémentaires peuvent permettre de mieux orienter le clinicien, tout en réduisant le temps d'observation des patients. ❧

Bibliographie

1. Institut de la statistique du Québec. Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales.
2. Organisation mondiale de la santé (OMS). Manuel de classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 1977 ; Vol. 1, 9^e révision, OMS, Genève, 781 pages.
3. Bureau du coroner. Ministère de la Sécurité publique. Rapport d'enquête publique de M^e Anne-Marie David, avis A-121206.
4. Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Suspected Appendicitis. *New Engl J Med* 16 janvier 2003 ; 348 (3) : 236-42
5. Harrison TR. *Principles of internal medicine*, 15^e éd., 2001, McGraw-Hill.
6. Raptopoulos V, Katsou G, Rosen MP, Siewert B, Goldbert SN, Kruskal JB. Acute appendicitis: effect of increased use of CT on selecting patients earlier. *Radiology* février 2003 ; 226 (2) : 521-6.
7. Bendeck SE, Nino-Murcia M, Berry GJ, Jeffrey RB Jr. Imaging for suspected appendicitis: negative appendectomy and perforation rates. *Radiology* octobre 2002 ; 225 (1) : 131-6.