

# ACD : La trinité chirurgicale

3

par Jacques Labrèche

À titre de consultant chirurgical, il est facile de remarquer que les trois motifs de consultation les plus « populaires » à la salle d'urgence sont représentés par ces trois petites lettres. Quoique fort fréquentes, ces pathologies peuvent parfois ne pas être si faciles à diagnostiquer. Entrons donc dans le monde merveilleux de la douleur abdominale chirurgicale !

## A pour... appendicite aiguë

Cette affection, qui semble banale et bien connue, donne malheureusement encore bien du fil à retordre aux cliniciens, même en 2003. Depuis la première appendicectomie, réalisée en 1736<sup>1</sup>, on n'a pas lésiné sur les efforts pour en préciser l'étiologie, l'investigation appropriée et le meilleur traitement possible.

L'appendicite aiguë demeure, de nos jours, la cause principale de chirurgie abdominale urgente. En 1982, Peper et Kager, ont estimé l'incidence annuelle de l'appendicite aiguë dans la population occidentale à un peu plus de un cas pour 1000, majoritairement des patients âgés de 10 à 30 ans<sup>1</sup>. Toutefois, l'appendicite peut se présenter chez des personnes de tout âge, du jeune enfant jusqu'au vieillard.

La cause de cette affection n'est pas encore clairement établie. Dans près du tiers des cas, on peut retrouver une concrétion fécale (fécalithe) causant une obstruction de la lumière appendiculaire. L'incidence de la gangrène et de la perforation peut atteindre alors jusqu'à 77 %, contrairement à 42 % en l'absence de concrétion fécale (fécalithe). Plus souvent, par contre, l'inflammation de l'appendice résulterait d'une simple infection non spécifique et locale, au départ intraitable. Les facteurs qui prédisposent à cette infection ne sont pas encore bien connus.

Bien que l'histoire clinique puisse varier considérablement d'un patient à l'autre, on trouve quand même certains points communs<sup>2</sup>. La douleur abdominale débute en général de façon progressive : d'abord localisée dans la région péri-ombilicale ou à l'épigastre, elle tend à migrer vers la fosse iliaque droite dans les heures qui suivent. Au moment de la consultation, chez 75 % des patients, la douleur s'est

installée depuis moins de 24 heures. Toutefois, dans plus de 40 % des cas, ce schéma de migration de la douleur sera absent, la douleur ayant pris naissance d'emblée au niveau de la fosse iliaque droite ou dans les zones adjacentes. On peut également observer une certaine accalmie dans les symptômes lorsque l'appendice sous tension se rompt. Cette trêve est toutefois de courte durée ; les symptômes ne seront que plus prononcés par la suite. Nous avons tous vu des patients ayant déjà connu par le passé le même genre de douleurs, parfois à répétition, sans qu'un diagnostic clair n'ait jamais pu être posé. De tels antécédents de « chronicité » ne devraient pas écarter un diagnostic d'appendicite, malgré le caractère inhabituel de cette présentation<sup>3</sup>.

La douleur abdominale est aussi fréquemment accompagnée de nausées et d'inappétence, débutant après l'apparition de la douleur. Les vomissements à répétition sont, par contre, plus rares.

À l'examen physique, souvent, le patient est manifestement souffrant. La température peut monter, pour se situer autour de 38 °C, rarement davantage (sauf dans certains cas de péritonite), mais elle est souvent normale. À la palpation, on note une sensibilité marquée au niveau de la fosse iliaque droite, accompagnée d'un ressaut et d'une réaction de défense abdominale dans près de 85 % des cas. Selon la position de l'appendice dans l'abdomen, la douleur peut aussi se manifester avec une intensité maximale au niveau du bassin ou du flanc droit. À la palpation, on peut déceler à ce niveau une masse ou un empâtement, représentant un magma inflammatoire ou un abcès. Un péritonisme diffus évoque une perforation et une péritonite plus ou moins généralisée. Bien qu'on puisse noter également la présence d'un signe du psoas et un toucher rectal douloureux, ces manifestations sont nettement moins spécifiques.

55

*Le Dr Jacques Labrèche, chirurgien général, exerce à l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville.*

## T A B L E A U I

### Facteurs limitant le dépistage rapide de l'appendicite

- Anamnèse difficile, peu fiable ou atypique
- Localisation atypique de l'appendice
- Caractéristiques du patient :
  - Obésité importante
  - Jeune enfant
  - Personne âgée
  - Femme enceinte
- Analyses de laboratoire de valeur limitée

Comme bilan de base, il faudrait toujours demander une formule sanguine complète et, chez la femme, une analyse d'urine et un test de grossesse. Une leucocytose peut être présente mais, souvent, elle ne renseigne pas sur la gravité de la maladie. Par ailleurs, même si elle est absente, le diagnostic peut rester valable. Le cliché simple de l'abdomen est rarement utile dans l'investigation d'une appendicite. À part la possibilité de repérer occasionnellement une concrétion fécale ( $\leq 10\%$  des cas), les autres signes qu'on peut retrouver sont malheureusement trop peu spécifiques (iléus localisé de la fosse iliaque droite, perte de l'ombre du psoas droit, scoliose antalgique, bulles d'air à l'intérieur d'un abcès, etc.).

La difficulté de reconnaître l'appendicite est due à plusieurs facteurs (tableau I). C'est sur cet aspect précis que de nombreuses études ont été entreprises au cours des dernières années. Elles visaient toutes l'amélioration des conditions de dépistage précoce et une prise en charge efficace des patients.

Il est important de reconnaître que l'appendicite est encore aujourd'hui un diagnostic **clinique** et que, dans bien des cas, aucune investigation supplémentaire n'est nécessaire. Dans un contexte de système de santé à budget restreint, il peut sembler déraisonnable que la plupart des patients se présentant à l'urgence avec une douleur à la fosse iliaque droite subissent une échographie avant même de bénéficier d'une consultation en chirurgie !

Toute la démarche clinique doit donc être orientée vers

deux buts précis :

- un diagnostic et une prise en charge rapides des patients ;
- un taux de chirurgies inutiles le plus bas possible.

À moins d'une péritonite évidente ou d'un diagnostic certain, il n'est pas nécessaire de se dépêcher d'opérer ces patients. Il est bien prouvé qu'une observation active à l'hôpital n'entraîne pas un risque accru de perforation appendiculaire. Celle-ci est, par contre, directement liée à la rapidité avec laquelle le patient consulte à l'urgence<sup>4</sup>. Dans le doute, restons patients. En effet, jusqu'à 30 % à 40 % des patients adressés en chirurgie en raison d'une appendicite possible verront leur état s'améliorer spontanément et n'auront pas besoin de soins particuliers et encore moins d'une intervention chirurgicale.

C'est donc dans un contexte de douleur atypique, avec signes et symptômes persistants, que l'investigation devient utile<sup>5</sup>. L'échographie abdominale et pelvienne est devenue, au cours des dernières années, un outil de choix pour éliminer la possibilité d'une appendicite. Lorsque cet examen est pratiqué par une personne entraînée, sa sensibilité se situe entre 76 % et 93 % et permet également d'évaluer toute la sphère gynécologique<sup>6</sup>. Il faut toutefois se méfier des résultats faussement négatifs ; l'examen clinique prime avant tout ! L'échographie présente également l'avantage de corréler une image radiologique avec l'intensité de la douleur lors du passage de la sonde d'examen, signe qui augmente de façon certaine la sensibilité des résultats<sup>7</sup>.

Comme il a été mentionné précédemment, la tomographie axiale semble être, pour plusieurs cliniciens, l'examen de choix en raison de sa grande sensibilité et de sa capacité de déterminer la présence d'autres problèmes intra-abdominaux. Selon certains auteurs américains, cet examen devrait être pratiqué dans tous les cas où l'on soupçonne une appendicite, mais (heureusement !) il ne semble pas devenir une norme de pratique, surtout lorsqu'on dispose d'excellents spécialistes en échographie<sup>8</sup>.

Grâce à ces diverses modalités diagnostiques, il est donc possible de faire diminuer le taux d'appendicectomies inutiles de 18 % – 24 % à 6 % – 8 % chez les patients dont la présentation est atypique, ce qui correspond à un taux similaire à celui que l'on rencontre chez les patients dont la symptomatologie est plus classique.

**Il est important de reconnaître que l'appendicite est encore aujourd'hui un diagnostic clinique et que, dans bien des cas, aucune investigation supplémentaire n'est nécessaire.**

R E P È R E

À partir du moment où une chirurgie est indiquée, elle peut être réalisée par une approche traditionnelle (laparotomie) ou par laparoscopie. Sans vouloir alimenter un débat chirurgical qui n'a pas encore été résolu, précisons que la littérature semble montrer que les deux techniques donnent des résultats assez similaires en termes de morbidité et de récupération post-opératoire. La laparoscopie est, par contre, l'approche de prédilection en cas de diagnostic encore incertain au moment de la chirurgie, particulièrement chez les femmes en âge de procréer<sup>9</sup>.

### C pour... cholécystite aiguë calculuse

Quand on sait que 10 % de notre population présentent des cholélithiases, il est facile de comprendre que la cholécystite aiguë est un problème que nous rencontrons fréquemment dans nos salles d'urgence. Toutefois, seulement de 10 % à 20 % des patients porteurs de cholélithiases en seront symptomatiques, et une cholécystite aiguë franche n'affectera que de 1 % à 3 % de ces patients<sup>10</sup>.

La cholécystite aiguë résulte de l'obstruction prolongée (pendant plus de six heures, en général) du canal cystique par un calcul ou par de la boue biliaire. Cette obstruction provoque une inflammation importante de la vésicule, créant ainsi le tableau clinique spécifique. Une infection surajoutée, due à des bactéries gastro-intestinales, peut être présente dans environ 20 % des cas. Quant à la colique biliaire simple, elle est le résultat du même mécanisme, mais elle dure moins longtemps, de 20 minutes à près de six heures, se résolvant spontanément, de deux à trois heures plus tard. Elle cesse lorsque le calcul se déloge du col de la vésicule pour retourner dans la cavité vésiculaire. La colique biliaire est en général une douleur épigastrique ou abdominale haute, surtout plus intense du côté droit, et pouvant irradier vers le dos. Elle survient habituellement de 20 à 30 minutes après les repas, mais plusieurs patients signalent des douleurs débutant tard en soirée ou même pendant la nuit. La douleur est souvent accompagnée de nausées et de vomissements, ainsi que de diaphorèse. Au moment de l'anamnèse, le patient peut signaler avoir déjà connu quelques épisodes semblables, mais souvent moins intenses. Parfois, la douleur de la cholécystite aiguë sera la première manifestation de colique biliaire.

## T A B L E A U II

### Complications de la cholécystite aiguë

- Cholécystite gangreneuse ou perforée
- Cholédocholithiases avec cholangite
- Syndrome de Mirizzi (compression du cholédoque par la vésicule enflammée) ou fistule
- Pancréatite biliaire

L'examen physique révèle, en général, une douleur localisée à l'épigastre, mais surtout à l'hypochondre droit, avec signes de péritonisme localisés (signe de Murphy). Un plastron ou une masse peut aussi être palpée à ce niveau. Elle représente soit une vésicule distendue, soit un magma inflammatoire, l'épiploon recouvrant la vésicule enflammée.

Un bilan biochimique s'impose toujours afin de pouvoir écarter toute complication. Dans la majorité des cas, ce bilan sera normal. On pourra noter une légère leucocytose, de même qu'une faible augmentation de l'AST, de l'ALT, de la bilirubine, de la phosphatase alcaline et de l'amylase. Une augmentation plus importante de ces marqueurs pourrait témoigner d'une complication (*tableau II*).

Un seul examen radiologique de base est nécessaire, soit l'échographie abdominale. Celui-ci mettra en évidence la présence de lithiases, permettra de visualiser des signes de cholécystite (oedème de la paroi vésiculaire, liquide péri-vésiculaire) et provoquera un signe de Murphy échographique. Il permettra aussi d'évaluer, de façon parfois moins précise, l'état des voies biliaires et la présence de cholédocholithiases. Dans les cas plus problématiques, on pourra réaliser une scintigraphie au HIDA, qui nous renseignera sur l'absence de captation du marqueur radioactif au niveau de la vésicule. Le cliché simple de l'abdomen ne nous donnera aucun renseignement supplémentaire, bien qu'il puisse initialement nous aider à éliminer d'autres maladies, en cas de doute clinique.

Dès que le diagnostic de cholécystite semble établi, tous les patients devraient bénéficier d'une consultation chirurgicale, même si les symptômes tendent à s'estomper. Les antibiotiques ne sont pas indiqués, sauf en présence de signes d'infection manifestes. On prescrit alors, souvent, une

**La cholécystite aiguë résulte de l'obstruction prolongée (pendant plus de six heures, en général) du canal cystique par un calcul ou par de la boue biliaire.**

R E P È R E

céphalosporine de deuxième génération. Par la suite, le consultant pourra décider de la pertinence d'un examen supplémentaire (cholangiographie rétrograde, tomographie axiale) et du moment idéal auquel la cholécystectomie pourrait être pratiquée. La controverse actuelle entre un traitement chirurgical urgent ou retardé, ne sera toutefois pas débattu ici. Laissons cette décision au chirurgien !

### D pour... diverticulite

La diverticulose colique est une maladie fréquemment rencontrée dans les pays occidentaux. Son incidence tend à augmenter avec l'âge, passant de 5 % – 10 % à 45 ans, à 50 % à 60 ans et à près de 80 % à 85 ans<sup>11,12</sup>. Le sigmoïde est presque toujours atteint (dans 95 % des cas) avec une extension vers le côlon plus proximal, qui peut varier selon les individus. Heureusement, seulement 20 % de ces patients développeront par la suite une diverticulite symptomatique.

Les signes et symptômes habituels d'une diverticulite sont bien connus : douleur localisée au niveau de la fosse iliaque gauche ou de l'hypogastre, fièvre et changement dans les habitudes de défécation (la diarrhée est notée plus fréquemment que la constipation). On peut aussi constater la présence de divers problèmes urinaires par inflammation de contiguïté avec la vessie. Parfois, un tableau d'occlusion colique ou de péritonite localisée ou diffuse sera prédominant. Il ne faut pas oublier non plus qu'une diverticulite peut se présenter n'importe où sur le cadre colique, rendant alors le diagnostic plus difficile à préciser. Au moment de l'évaluation initiale, on peut observer une leucocytose, ainsi que certaines anomalies, habituellement anodines, à l'analyse d'urine.

L'examen de choix demeure sans contredit la tomographie axiale pelvienne<sup>11</sup>. En plus de confirmer le diagnostic dans plus de 95 % des cas, elle permet également de visualiser des complications possibles, comme un abcès ou des fistules, et de bien évaluer les structures adjacentes à la recherche d'un diagnostic différentiel. Dans certains cas problématiques, un lavement baryté peut être utile en complément de la tomographie axiale. Ni le cliché simple de l'abdomen ni la coloscopie ne jouent de rôle en première ligne, à moins de vouloir exclure d'autres maladies en fonc-

tion du tableau clinique présenté par le patient.

La prise en charge d'une diverticulite aiguë dépend essentiellement de la gravité de l'épisode en cours. En l'absence de signes d'infection chez un patient peu symptomatique, aucune antibiothérapie empirique n'est indiquée, car il ne s'agit probablement pas d'une diverticulite franche. L'ajout de suppléments de fibres permet souvent une diminution des symptômes cliniques.

Les patients se plaignant de douleurs marquées, sans signes de toxicité ni de complications apparentes, cliniques ou radiologiques, peuvent recevoir en consultation externe un traitement antibiotique, de sept à dix jours, à base, par exemple, de ciprofloxacine et de métronidazole. Les symptômes peuvent persister malgré un traitement adéquat, mais cela ne signifie pas nécessairement que des complications sont survenues. Un nouvel examen par imagerie s'impose, par contre. Cette situation peut souvent perdurer, et n'être remédiée que par une intervention chirurgicale non urgente définitive.

Quant aux patients plus symptomatiques, ils devraient être hospitalisés et traités vigoureusement avec une antibiothérapie à large spectre, administrée par voie intraveineuse. Après deux ou trois jours de traitement, on peut s'attendre à une amélioration notable. Dans le cas contraire, il faudrait entreprendre de nouvelles investigations radiologiques permettant de déceler un abcès ou des signes de perforation. Un drainage d'abcès par voie percutanée ou une chirurgie urgente pourraient alors être indiqués.

Seulement 20 % des patients présentant une diverticulite devront être opérés par la suite<sup>11</sup>. L'indication la plus fréquente d'intervention chirurgicale non urgente demeure l'apparition d'épisodes de diverticulite aiguë à répétition, qui devront être documentés le mieux possible. En effet, après un épisode de diverticulite, de 20 % à 40 % des patients subiront de nouvelles crises, et le risque de complications augmente, atteignant près de 50 % après deux épisodes. En conséquence, les patients qui ont présenté deux épisodes ou plus de diverticulite devraient être considérés comme des candidats à une résection intestinale élective et donc orientés vers la chirurgie. De plus, par le passé, la chirurgie était indiquée après un premier épisode chez des patients plus jeunes (moins de 50 ou de

**Les patients qui ont présenté deux épisodes ou plus de diverticulite devraient être considérés comme des candidats à une résection intestinale non urgente et donc orientés vers la chirurgie.**

R E P P E R E



## S U M M A R Y

**ACD: the surgical trinity.** Among the many surgical emergencies, three seem to be more frequent. This article reviews the clinical presentation, and the investigation and makes a brief overview of the treatment of appendicitis, acute cholecystitis and acute diverticulitis.

**Key words:** appendicitis, biliary colic, acute cholecystitis, acute diverticulitis.

40 ans, selon les auteurs)<sup>13</sup>. Cette attitude semble toutefois remise en question dans les dernières publications<sup>14</sup>. En cas de doute, ne vous gênez pas et demandez l'opinion de votre chirurgien préféré! ☞

**Date de réception :** 13 mars 2003

**Date d'acceptation :** 9 juin 2003

**Mots clés :** appendicite, colique biliaire, cholécystite aiguë, diverticulite aiguë.

## Bibliographie

1. Schwartz SI, Ellis H. *Maingot's Abdominal Operations*; 9<sup>e</sup> éd. Appleton & Lange 1990; vol. 2 : 953-5.
2. Zuidema GD, Yeo CJ. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*; 5<sup>e</sup> éd. Saunders 2001; vol. 4 : 180-1.
3. Barber M, McLaren J, Rainey JB. Recurrent appendicitis, *Br J Surg* janvier 1997; 84 (1) : 110-2.
4. Eldar S, Nash E, Sabo E, Matter I, Kunin J, Mogilner J, Abrahamson J. Delay of Surgery in Acute Appendicitis. *Am J Surg* mars 1997; 173 (3) : 194-8.
5. Jones PF. Suspected acute appendicitis: trends in management over 30 years. *Br J Surg* décembre 2001; 88 (12) : 1570-7.
6. Horton M, Counter S, Florence M, Hart M. Prospective trial of computed tomography and ultrasonography for diagnosing appendicitis in the atypical patient. *Am J Surg* septembre 2001; 182 (3) : 305-6.
7. Soda K, et al. Detection of pinpoint tenderness on the appendix under ultrasonography is useful to confirm acute appendicitis. *Arch Surg* octobre 2001; 136 (10) : 1136-40.
8. Rao P, Rhea J, Rattner D, Venus L, Novelline, R. Introduction of appendiceal CT: Impact on negative appendectomy and appendiceal perforation rates. *Ann Surg* mars 1999; 229 (3) : 344-9.
9. American College of Surgeons. *ACS Surgery Principles and Practice*. 2002 : 815-23.
10. Indar A, Beckingham I. Acute cholecystitis, clinical review. *Br Med J* 21 septembre 2002; 325 (7365) : 639-43.
11. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Current concepts: Acute diverticulitis, *N Engl J Med* 21 mai 1998; 338 (21) : 1521-6.
12. Zuidema GD, Yeo CJ. *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*. 5<sup>e</sup> éd. Saunders; vol. 4 2001 : 141-56.
13. Cunningham M, Davis J, Kaups K. Medical versus surgical management of diverticulitis in patients under age 40. *Am J Surg* décembre 1997; 174 (6) : 733-6.
14. Biondo S, et al, Acute colonic diverticulosis in patients under 50 years of age. *Br J Surg* septembre 2002; 89 (9) : 1137-41.

## par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

### Épargne et investissement

Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)

Compte de retraite immobilisé (CRI)

Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)

Fonds de revenu viager (FRV)

Régime enregistré d'épargne-études (REEE)

Fonds d'investissement

**Fonds FMOQ : (514) 868-2081 ou 1 888 542-8597**

### Programmes d'assurances

Assurances de personnes

Assurances automobile et habitation

Assurances de bureau

Assurance-médicaments et assurance-maladie complémentaires

Assurances frais de voyage et annulation

**Dale-Parizeau LM : (514) 282-1112 ou 1 877 807-3756**

### Pro-Fusion « auto »

Achat – vente

Voitures neuves ou usagées

Location

Financement d'auto

**Pro-Fusion : (514) 745-3500 ou 1 800 361-3500**

### Téléphone cellulaire et téléavertisseur

Bell Mobilité Cellulaire (514) 946-2884 ou 1 800 992-2847

### Carte Affinité – Master Card Or Banque MBNA

Service à la clientèle : 1 800 870-3675

M<sup>me</sup> Renée Carter : (514) 390-2159

### Tarifs corporatifs des hôtels pour les membres de la FMOQ

FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

### Direction des affaires professionnelles

D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur

**FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499**

### Autres services

Assurance-responsabilité professionnelle