



Cas clinique

Appendicite aigue chez le sujet âgé : les difficultés diagnostiques qui compliquent tout !

Acute appendicitis in the elderly: diagnostic difficulties that complicate everything!

L Diarra*¹, M Traoré², S Kanté³, K Diarra⁵, K Konaté¹, B Dembélé¹, MK Touré¹, M Konaté⁶, A Samaké⁶,
DB Diarra⁷, B Camara⁶, B Bengaly^{3,4}, D Traoré^{3,4}

Résumé

L'appendicite aiguë est l'urgence abdominale la plus fréquente. Sa fréquence chez le sujet âgé est estimée 5 à 10%. Cependant, l'incidence de la maladie semble augmenter régulièrement. Le diagnostic est plus difficile, la décision d'opérer ces patients n'est pas aisée à prendre. En plus l'appendicectomie chez les personnes âgées seraient grevées d'une morbidité importante.

Mots-clés : appendicite, sujet âgé, difficulté diagnostic, Mali.

Abstract

Acute appendicitis is the most common abdominal emergency. 5-10% of cases occur in the elderly. However, the incidence of the disease appears to be steadily increasing. The diagnosis is more difficult, the decision to operate on these patients is not easy. In addition, appendectomy in the elderly would be burdened with significant morbidity.

Keywords: appendicitis, diagnostic difficulty, English age subject, Mali..

Introduction

L'appendicite aiguë est l'urgence abdominale la plus fréquente en chirurgie. Sa fréquence chez le sujet âgé est estimée 5 à 10% [1]. Le tableau chez le patient âgé est celui d'une affection abdominale mal localisée, se manifestant selon un mode torpide. Les symptômes sont souvent plus frustrés ou masqués par d'autres maladies concomitantes comme le diabète, un côlon irritable [2]. L'anamnèse et l'examen physique demeurent des outils diagnostiques. Cependant, l'anamnèse est souvent difficile en raison de la prévalence élevée de troubles cognitifs, de déficits d'audition, ou en raison de la peur d'une perte d'autonomie poussant les patients à minimiser leurs symptômes. La douleur est souvent atténuée, voire absente, conduisant le clinicien non averti sur de fausses pistes. [3]. Les erreurs diagnostiques sont fréquentes, environ 15 % malgré les progrès des connaissances et des techniques diagnostiques [3]. L'objectif de ce travail était de rapporter trois cas d'appendicite compliquée chez des personnes âgées de 70 à 82 ans afin de décrire leurs difficultés diagnostiques.

Cas cliniques

Cas n°1

Mr L T, patient âgé de 70ans, imam, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux connus qui a consulté dans notre service pour une douleur abdominale diffuse. Ces douleurs ont motivé une consultation dans un cabinet médical de sa localité où il a été pris en charge par la réalisation d'une série de trois échographies qui n'ont mise en évidence aucune anomalie, et l'administration d'un traitement pour paludisme sans amélioration de sa douleur. A l'interrogatoire il s'agissait d'une douleur d'apparition brutale diffuse secondairement localisée dans la fosse iliaque droite accompagnée d'une sensation de fièvre sans troubles digestifs évoluant de façon continue ou intermittente depuis plus d'un mois. L'examen clinique avait permis de mettre en évidence une fièvre à 38°C, une pression artérielle à 160/100mmHg, un pouls à 90 pulsations par minute, une masse douloureuse ferme et irrégulière de 14x6cm environ dans la fosse iliaque, sans notion de d'hémorragie digestive (absence de méléna ou de rectorragie). Le reste de l'abdomen était souple et indolore. Une TDM abdominopelvienne réalisée a mis en évidence une pseudo-masse intra péritonéale dans la fosse iliaque droite avec des zones de collection intra-lésionnelles, adénomégalies locorégionales et une infiltration de la graisse de voisinage et ureterohydronephrose droite par compression de l'uretère lombaire (Fig1 et Fig2). L'aspect de cette masse fait évoquer d'abord un plastron appendiculaire abcédé. Une numération formule sanguine réalisée montre une hyperleucocytose à supérieure à 10000gb/mm. Le patient a été hospitalisé et traité par une triple antibiothérapie par la ceftriaxone 1g matin et soir, du métronidazole 500mg matin et soir, de la gentamycine 160mg en intra musculaire par jour, du paracétamol perfusion 500mg chaque 6heures, et une vessie de glace. L'évolution était favorable en 5jours marquée par la régression de la masse, la sédation de la douleur et la disparition de la fièvre. Le patient a été suivi en ambulatoire pendant 4 mois

au bout desquels il a été opéré par incision au point de Mac Burney permettant de retrouver un appendice catarrhale avec des adhérences. Une appendectomie sans enfouissement du moignon, a été réalisée et la pièce adressée en anatomie pathologie pour examen. Les suites opératoires étaient simples au bout de 15jours. anatomopathologique de la pièce opératoire a montré un chorion infiltré de lymphoplasmocytes et de polynucléaires neutrophiles associés à de la congestion, les glandes sont bordées par un revêtement régulier.

Cas n°2

Mme D.M âgée de 76ans ; G7 P8 V8 D0 A0, ménagère sans antécédents chirurgicaux connus. Elle consulte dans notre service pour une douleur abdominale et une fièvre évoluant depuis 10jours environ.Devant ses symptômes, elle a consulté dans plusieurs structures sanitaires, où elle a été traitée sans succès pour fièvre typhoïde. A l'inspection la patiente avait un état général satisfaisant, les conjonctives étaient bien colorées, l'abdomen respirait bien. A la palpation, on apercevait une petite masse douloureuse ferme et bilobée au niveau de la fosse iliaque droite. Cette masse était peu mobile. Au toucher pelvien le cul de sac de Douglas était sensible et non bombé, l'utérus et ses annexes étaient sans particularité. Sa température était à 39,5°C, une tension artérielle à 130/80mmHg, un pouls à 100 pulsations par minute. L'examen cardio-pulmonaire était sans particularité. Après examen clinique, une échographie effectuée a conclu à un plastron appendiculaire. Le scanner abdominopelvien avait été demandé qui a conclu à une appendicite aigue avec infiltration de la graisse péri appendiculaire. (Fig3 et Fig4). La numération formule sanguine montrait une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophile supérieure à 10000gb/mm. Nous avons décidé de réaliser l'appendicectomie sur la base du résultat du scanner. En per opératoire, nous avons trouvé un plastron abcédé avec une nécrose appendiculaire. Le geste effectué a été l'ablation des tissus nécrosés, aspiration de 100cc de pus jaunâtre,

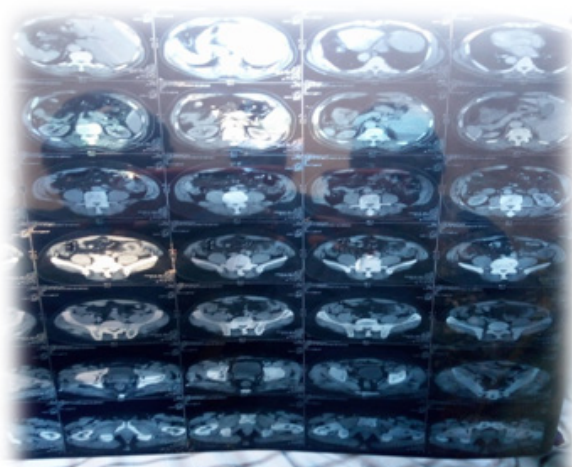
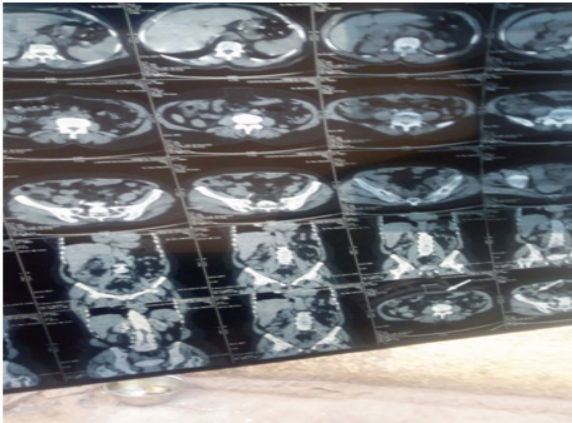
toilette au sérum physiologique puis drainage. Une triple antibiothérapie par la ceftriaxone 1g matin et soir, du métronidazole 500mg matin et soir, de la gentamycine 160mg en intra musculaire par jour a été instituée. L'analgésie a été réalisée par le paracétamol perfusion 500mg chaque 6heures pendant 7jours. Les suites opératoires ont été compliquées d'un abcès de la paroi.

Cas n°3

Mr M K, patient âgé de 82ans enseignant à la retraite sans antécédents médicaux ou chirurgicaux connus consulte dans notre service pour une mauvaise prise en charge de sa douleur abdominale diffuse. En effet il s'agissait d'un patient qui a consulté au service des urgences d'un CHU pour une douleur d'apparition brutale depuis deux semaines. Devant la persistance de la douleur le patient a consulté dans une clinique privée et a subi un traitement sans succès. Alors le patient a décidé de consulter au CHU où il a subi un ASP pour suspicion d'occlusion, qui était normal. Ainsi le patient a décidé de consulter dans notre service pour la suite de la prise en charge. A l'inspection le patient avait un état général satisfaisant, les conjonctives étaient bien colorées, l'abdomen respirait peu, il n'avait pas de cicatrice, une voussure abdominale entre la fosse iliaque droite et l'hypochondre droit qui correspondait à une masse très douloureuse ferme, fixe et irrégulière de 18x8cm environ entre la fosse iliaque droite et l'hypochondre droit. Cette masse n'était pas mobile. Au toucher rectal le douglas était sensible et bombé, la prostate ferme augmentée de volume et régulière. Il avait une température de 37,8°C, une tension artérielle à 130/80mmHg, un pouls à 90 pulsations par minute. L'examen cardio-pulmonaire était sans particularité. A la suite de ces éléments cliniques, un scanner abdominopelvien avait été demandé qui a conclu à une appendicite aigüe (fig5 et fig 6) et une hypertrophie prostatique à 56g. Une numération formule sanguine demandée a révélé une hyperleucocytose supérieure à 10.000 gb/mm. Le diagnostic de plastron appendiculaire a été retenu au

vu de l'examen clinique. Le patient a été hospitalisé et traité par une triple antibiothérapie par la Ceftriaxone 1g matin et soir, du métronidazole 500m matin et soir, du paracétamol perfusion 500mg chaque 6heures, et vessie de glace. L'évolution était favorable en 3jours avec ramollissement et régression de la masse, la sédation de la douleur et la disparition de la fièvre dès le premier jour de traitement. Le patient était surveillé en ambulatoire pendant 3mois. Au cours de la surveillance une douleur abdominale diffuse était apparue au 3ème mois. Ce qui avait motivée une échographie abdominale dont la conclusion était une appendicite aigüe. Le patient a été opéré en urgence, au cours de l'intervention on a trouvé un appendice phlegmoneux. On a procédé à une appendicectomie sans enfouissement du moignon. Les suites opératoires étaient simples au bout de 10jours. L'examen de la pièce opératoire a révélé un infiltrat de toute la paroi fait de polynucléaires neutrophiles formant des abcès. La muqueuse est ulcéreuse.





Discussion

La pathologie appendiculaire du sujet de plus de 50 ans est peu rapportée dans la littérature en raison de sa rareté. Dans une étude menée par Bonkougou P. G. et al, l'appendicite chez le sujet âgé a représentée 7% des appendicites [5]. Ce taux est de 9,2% dans la série de Marthe W. et al en France en 2015 [6]. La baisse de la fréquence de l'appendicite à cet âge, rend le diagnostic plus difficile. Cette difficulté du diagnostic n'est pas liée au fait que les signes cliniques ou para cliniques ont changé à cet âge, mais à cet âge l'appendicite apparaît alors comme une affection « trop banale » pour y penser. C'est d'autant plus vrai à cet âge que d'autres affections opportunistes interfèrent [7]. Chez nos trois patients, l'appendicite a été confondue avec un accès palustre, une gastrite, une fièvre typhoïde ce qui probablement a retardé le diagnostic au stade d'une appendicite simple. Dans sa série Bonkougou P. G et al ont trouvé que chez 34% des patients, l'appendicite a pu être confondue avec un accès palustre, une parasitose intestinale ou une entérite [5]. La douleur abdominale et la fièvre étaient les signes cliniques retrouvés chez nos trois patients. Nous avons reçus les trois patients dans un tableau d'appendicite compliquée, 2cas de plastron appendiculaire et un cas de plastron abcédé. En 2015, en France les formes compliquées d'appendicite représentaient environ 44,25 % des cas d'appendicite [8]. Le délai de consultation en moyenne était de 15jours chez nos patients. Le risque d'une perforation appendiculaire existe lorsque le diagnostic d'appendicite aigüe est fait 36 heures après le début de la symptomatologie [9].

Dans son étude, Bonkougou P. G. et al ont trouvé 57%de formes compliquées d'appendicite et que la grande fréquence des formes compliquées pourrait s'expliquer par les retards à la consultation [5]. Pour le diagnostic para clinique, l'échographie et tomодensitométrie ont été utilisées chez nos trois patients. Le diagnostic est le plus souvent porté par élimination [2]. L'examen complémentaire le plus performant semble être le scanner hélicoïdal ou

“Pet scan’ dont l’efficacité dans le diagnostic positif de l’appendicite est de 93 à 98%. [4]. Cet examen permet aussi de détecter les appendices normaux dans 3 à 100% des cas [4]. L’échographie aussi établie le diagnostic dans 71 à 95% des cas [4]. L’ASP n’a aucune utilité aujourd’hui pour le diagnostic d’une appendicite aigue [4]. Mais dans notre contexte la tomodensitométrie n’est pas de pratique courante devant un tableau d’appendicite aiguë [10]. Au cours de notre étude nous avons rencontré un cas d’abcès de la paroi et qui a nécessité une suture secondaire. Nous n’avons enregistré aucun cas de décès. Dans d’autres études Africaines le taux de mortalité a varié de 0 à 20% [5,7]. Dans sa série, Philippe O et al ont trouvés une mortalité importante chez le sujet âgé quelle que soit la raison de l’appendicectomie. Cette mortalité est globalement inférieure à 0,5 pour mille avant 55 ans. Elle atteint 2 % entre 75 et 84 ans et près de 7 % chez les 85 ans ou plus. [11].

Conclusion

L’appendicite du sujet âgé au cours de notre étude a été découverte devant un tableau de complication due à une errance diagnostique. La baisse de la fréquence de l’appendicite à cet âge rend le diagnostic encore plus difficile. Le tableau clinique atypique et le retard pris pour la consultation sont des facteurs importants de morbidité et de mortalité chez la personne âgée.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué de façon active à l’élaboration et à la rédaction de l’article

*Correspondance

Lasseny Diarra

lasseny.diarra@yahoo.fr

Disponible en ligne : 4 Janvier 2022

- 1 : Hôpital de dermatologie de Bamako (HDB)
- 2 : CHU Gabriel Touré service de chirurgie générale.
- 3 : CHU du point G service de Chirurgie B.
- 4 : Faculté de Médecine et d’Odonto Stomatologie de Bamako ; service de Chirurgie B CHU du Point G, Mali
- 5 : Centre de santé de référence de Banamba
- 6 : Centre de santé de référence Commune VI Bamako
- 7 : CHU Gabriel Touré service de traumatologie orthopédique,.

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d’intérêt : Aucun

Références

- [1] P. Bourée : Appendicite : risques de perforation chez les seniors. *Médecine et Santé Tropicales*. 2015 Janvier-Février-Mars ; 25 (1) :21.
- [2] Louis Gabriel Latulippe, et Philippe Demers : Le diagnostic de l’appendicite aiguë par l’omnipraticien : le défi est de taille! *le clinicien*. 2002 octobre 17(10) :107
- [3] K. Tran, Y. Espolio Desbaillet, Y. Groebli, V. Della Santa : Abdomen aigu chez la personne âgée aux urgences. *Rev Med Suisse* 2012 Aout ; 8 : 1548-52
- [4] V. Laurent et D Régent : le scanner appendiculaire en question. *J Radio* 1999 ;80 :1681-1689
- [5] Lee JF, Leow CK, Lau WY: Appendicitis in the elderly Australian and New Zealand, *Journal of surgery* . 2000; 70(8):593-596
- [6] Bonkoungou P. G., Sanou A., Zida M., Ouangre E., Sano D., Traore S. S. : Les appendicites aiguës chez les patients de plus de 50 ans au CHU Yalgado Ouédraogo. A propos de 47 cas ; *Rev. CAMES-Série A*. 2012 Décembre; 13(2):275-277 .
- [7] Marthe Weinandt, Renato Lupinacci, Nathalie Chereau , Gaëlle Godiris-Petit , Séverine Noullet , Fabrice Menegaux , Christophe Tresallet : L’appendicite aiguë chez la personne âgée : un audit des deux dernières décennies ; *Communications orales / Journal de Chirurgie* 151 (Hors série 1) . 2014 Octobre – A5-A35
- [8] M. Kaba : les appendicites entre 60 et 82 ans, *Médecine d’Afrique Noire*. 1997, 44 (10)
- [9] Corinne Vons, Michèle Brami : Épidémiologie descriptive des appendicites en France : Faut-il revoir la physiopathologie des appendicites aiguës ? *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2017, 201,

nos 1-2-3, 339-357. Séance du 2017 février 14

- [10] Bickel NA, Aufses AH Jr, Rojas M, Bodian C. 2006. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *Journal of American College of Surgeons* 202(3):401-406
- [11] Chiang TD, Tan EI, Birks D 2008. 'To have or not to have'. Should computed tomography and ultrasonography be implemented as a routine work-up for patients with suspected acute appendicitis in a regional hospital? *Annals of Royal College of Surgeons England* 90: 17-21.
- [12] Philippe Oberlin et Marie-Claude Mouquet : La longue diminution des appendicectomies en France. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) études et résultats. 2014 Février (868),

Pour citer cet article :

L Diarra, M Traoré, S Kanté, K Diarra, K Konaté, B Dembélé et al. Appendicite aigue chez le sujet âgé : les difficultés diagnostiques qui compliquent tout ! *Jaccr Africa* 2022; 6(1): 37-42