

# Quand la douleur abdominale se fait caméléon

François Melançon, MD



## L'appendicite aiguë : une condition caméléon

Affectant environ une personne sur 1 000 en Amérique du Nord et passablement moins dans les cultures ayant une diète riche en fibres, l'appendicite aiguë est une condition fréquemment rencontrée dans les salles d'urgence. Elle est parfois difficile à différencier de plusieurs autres conditions abdominales. Le défi pour l'urgentologue est qu'aucun signe, symptôme ou test ne sont spécifiques de cette condition pour laquelle le diagnostic doit pourtant être posé dans les meilleurs délais en raison de la haute fréquence de morbidité et de mortalité (0,2 à 0,8 % dans une population jeune mais jusqu'à 20 % dans la population gériatrique en raison de la pauvreté des signes cliniques dans cette population).

L'appendicite affecte un peu plus d'hommes que de femmes et cible tous les groupes d'âge, quoique les plus touchés soient les « vieux » adolescents et les jeunes adultes.

### Le cas de Josée

Josée, âgée de 18 ans, en est à sa sixième visite en deux semaines à l'urgence pour une douleur abdominale. Avant de la voir, vous révisez son dossier : les diagnostics de « constipation », d'adénite mésentérique et de « côlon irritable » ont été soulevés. Quand vous la voyez, elle est fébrile et souffrante. Elle vous raconte avoir été réveillée par une douleur suraiguë suivie d'une diaphorèse profuse et d'une grande faiblesse. Elle présente un abdomen de bois. La mobilisation de son utérus lui arrache un cri de douleur.

**Appellerez-vous le chirurgien ou le gynécologue? Souffre-t-elle d'une maladie inflammatoire pelvienne, d'une torsion de la trompe ou d'une appendicite?**

## Les éléments diagnostiques

### L'anorexie et la douleur péri-ombilicale

Classiquement, les patients se présenteront avec de l'anorexie et de la douleur péri-ombilicale se transformant en nausée franche et vomissements avec une douleur à la fosse iliaque droite. Cette présentation « classique » n'affecte pourtant que 50 % des patients.

### La douleur à la fosse iliaque droite

Le déplacement de la douleur de la région péri-ombilicale vers la fosse iliaque droite est l'élément discriminant le plus important du diagnostic. La sensibilité et la spécificité de ce signe sont de 80 %.

### La nausée et les vomissements

La nausée et les vomissements ne sont absolument pas spécifiques de l'appendicite aiguë et se produisent tout autant dans les autres conditions intra-abdominales.

### La diarrhée et la constipation

Presque 20 % des patients avec une appendicite présenteront de la diarrhée ou de la constipation. On ne doit donc pas utiliser ces symptômes pour éliminer le diagnostic d'appendicite.

## Le cas de Luc

Luc, âgé de 36 ans, se présente le matin au sans rendez-vous. La veille, il a souffert d'une douleur abdominale diffuse avec une perte d'appétit et une augmentation de la fréquence des selles (consistance et couleur normales). Cette nuit, vers quatre heures, il a été réveillé par une douleur abdominale suraiguë au point de McBurney. La seule position confortable était la position en chien de fusil. Il n'a pas dormi de la nuit en raison de la douleur.

À l'examen, il est vaguement toxique, afébrile (35,9 °C). Les signes vitaux sont normaux. L'abdomen est souple, le péristaltisme est normal. Le point de McBurney est inconfortable, douloureux même. Le ressaut directement au-dessus du point de McBurney provoque une douleur suraiguë qui perdure 10 minutes. Le ressaut à distance est légèrement positif.

Vous demandez un bilan biochimique et hématologique ainsi qu'une échographie en stat. Les globules blancs sont à 3 600, et il n'y a pas de neutrophilie. La radiologiste vous explique qu'elle n'a pas réussi à visualiser l'appendice mais n'a trouvé aucune autre raison à sa douleur.

Vous décidez d'observer Luc et de répéter la formule sanguine. Pendant quatre heures, il demeure afébrile. Après une diminution initiale de la douleur, celle-ci augmente à nouveau à l'intensité du début. La formule sanguine répétée demeure normale.

### De quoi souffre Luc?

### Le temps d'évolution des symptômes

Quoique l'évolution des symptômes soit en général rapide, surtout chez les jeunes adultes (moins de 48 heures), certains patients, y compris des jeunes, présenteront une histoire de douleur fluctuante pouvant aller jusqu'à deux semaines.

### La douleur à la vessie ou à l'urète

Un appendice qui touche la vessie ou l'urètre entraînera des symptômes d'irritation vésicale et possiblement de l'hématurie et de la pyurie. Comme la cystite est très rare sans manipulation urologique chez l'homme jeune, il faut penser à l'appendicite chez un jeune homme se présentant avec des symptômes de cystite.

### Les diagnostics différentiels

Parce que la position d'un appendice varie d'un individu à l'autre, plusieurs conditions peuvent être confondues avec une appendicite : abcès tubo-ovarien et maladie inflammatoire pelvienne (appendice rétro-utérine), kyste ovarien ou torsion de la trompe de Fallope, colique néphrétique, diverticulite, maladie de Crohn, hématomes des grands droits, entérite bactérienne, adénite mésentérique et plusieurs autres conditions.

## L'examen physique

- La douleur à la fosse iliaque droite se trouve chez 96 % des patients, mais ce signe est non spécifique en lui-même. Un appendice particulièrement long pourra même donner de la douleur à la fosse iliaque gauche.

- **Les signes les plus spécifiques** sont la présence de ressaut, la douleur à la percussion, la rigidité et la défense volontaire.
- Seule une minorité des patients présentera les signes « classiques » de l'obturateur (douleur à la fosse iliaque droite avec une rotation interne d'une hanche fléchie), du psoas (douleur à la fosse iliaque droite avec une hyperextension de la hanche droite) ou de Rovsing (douleur à la fosse iliaque droite à la palpation de la fosse iliaque gauche). L'absence de ces signes ne permet absolument pas d'éliminer une appendicite aiguë.
- On peut mettre en évidence une irritation péritonéale en demandant au patient de tousser (douleur provoquée à la fosse iliaque droite) ou par le signe de Markle (demander au patient de sauter sur place à partir de la pointe des pieds en retombant le plus lourdement possible sur les talons, ce qui provoque une douleur aiguë à la fosse iliaque droite). Pour les jeunes enfants, simplement leur demander de faire la grenouille.
- La littérature n'est pas claire à savoir si un toucher rectal est utile ou pas. En l'absence d'une échographie ou d'un CT scan, la prudence est de procéder à cet examen qui permettra de provoquer une douleur aiguë lorsque le doigt est dirigé vers la paroi rectale antérieure droite.

## Le laboratoire

- De 80 à 85 % des adultes présenteront des globules blancs à plus de 10 000/mm<sup>3</sup>. Presque 80 % des

patients auront une neutrophilie à plus de 75 %. Pourtant, environ 5 % des patients ne présenteront ni l'un ni l'autre de ces signes. Les trouvaillies de la formule sanguine sont beaucoup moins spécifiques dans les populations pédiatrique et gériatrique.

- La protéine C réactive s'élèvera de façon non spécifique dans tous les cas d'inflammation. Pris séparément, des globules blancs élevés, une neutrophilie et une élévation de la protéine C réactive sont non spécifiques. Mais pris ensemble, la valeur prédictive est beaucoup plus grande : l'absence de ces trois signes a une valeur prédictive négative de presque 100 % pour une appendicite aiguë. De la même façon, une protéine C réactive normale chez un patient présentant des symptômes depuis plus de 24 heures a une valeur prédictive négative pour l'appendicite de presque 100 %.
- En raison de la possibilité d'un appendice rétrovésical, la présence de pyurie ou d'hématurie ne permet pas d'éliminer le diagnostic d'appendicite.
- La plaque simple abdominale n'est pas utile dans le diagnostic de l'appendicite aiguë. Elle pourra mettre en évidence un iléus, suggérer une obstruction intestinale ou un autre diagnostic mais n'aidera pas à départager quoi que ce soit.
- L'échographie abdominale a une sensibilité de presque 90 % et une spécificité de 95 %. Cet examen est cependant très dépendant de l'expertise de la personne le pratiquant et de la position de l'appendice. La non-

visualisation de celui-ci, surtout si on ne découvre pas d'autre cause de douleur abdominale, ne permet pas d'écarter une appendicite.

- Le lavement baryté sans préparation en simple contraste est ininterprétable chez 15 % des adultes et chez presque 40 % des enfants.
- La pierre angulaire des tests radiologiques demeure le CT scan. Mais ce test doit être interprété à la lumière de la clinique : 40 % des gens normaux ont un appendice « anormalement gros » (plus de 6 mm), et 80 % des appendices normaux ne se remplissent pas de baryum lors de la préparation.

### Les systèmes de pointage

Certains ont tenté d'associer une valeur (pointage) à des signes cliniques. Quoique intéressants, ces systèmes ne semblent pas améliorer le jugement clinique du médecin.

## Le traitement

Le traitement de l'appendicite aiguë est chirurgical. À l'urgence, tout patient suspecté d'appendicite aiguë devrait recevoir un soluté et être gardé à jeun. Lorsque le patient est très souffrant ou nauséux, on peut donner des analgésiques narcotiques ou des antiémétiques sans diminuer les chances d'arriver au bon diagnostic.

En préopératoire, après une consultation avec le chirurgien, l'utilisation d'antibiotiques couvrant les Gram négatifs et les anaérobies est indiquée (métronidazole, gentamicine, céfoxitine, méropénem, etc.). **C**

## Une note spéciale pour la femme enceinte

Chez la femme enceinte, l'appendice migre dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, en direction du rein droit, et se retrouve au dessus de la crête iliaque à quatre mois et demi de gestation. La douleur « classique » ne se manifestera donc jamais chez une femme enceinte souffrant d'une appendicite.

## Retour sur les cas

### Josée

Pour Josée, le gynécologue a été appelé et l'a amenée en stat au bloc. Il a dû cependant appeler le chirurgien à la rescousse en raison de la présence d'une appendicite rupturée en rétro-utérin. Son évolution a été houleuse, mais Josée s'en est tirée.

### Luc

Pour Luc, le CT scan a démontré un gros appendice et le patient a été opéré.



**Dr Melançon** est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est récemment revenu à ses premières amours, soit la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie.