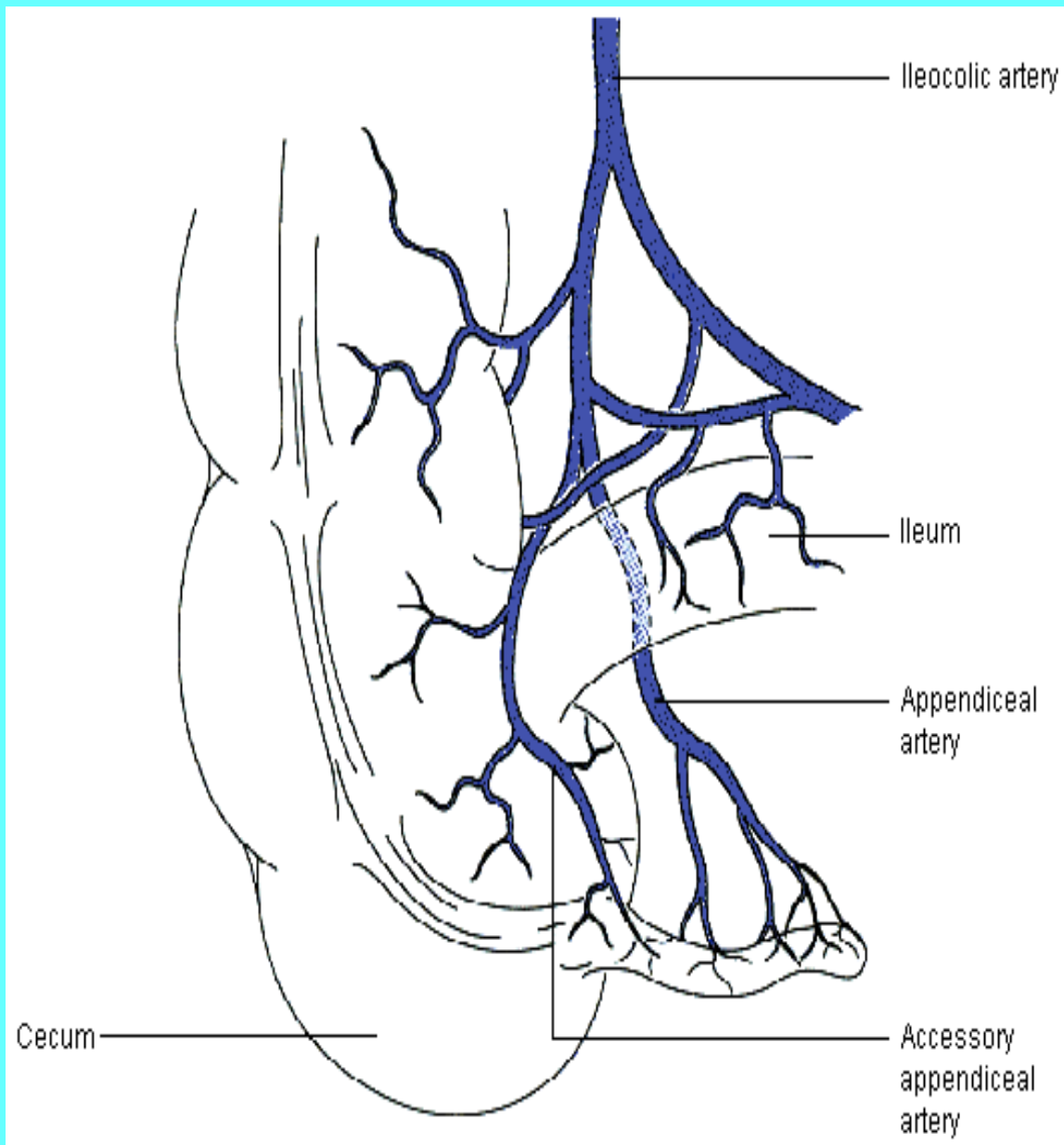


# L'APPENDICITE



# PATHOGENIE

La flore microbienne associée se fixe dans la sous-muqueuse - follicules lymphatiques

I. L'hypothèse endogène (Aschoff): le point de départ dans la lumière

II. L'hypothèse hématogène – point de départ hématogène

- Facteurs mécaniques - “cavité fermée” – la virulence Dieulafoy (**l'appendicite toxique de Dieulafoy**)

# MORPHOPATHOLOGIE

Extension en profondeur et en surface

I. Congestif

II. Phlegmoneux

III. Gangréneux - nécrose - perforation →  
péritonite - localisée (plastron)  
- généralisée

# SYMPTOMATOLOGIE

- Douleur dans l'épigastre → fosse iliaque droite
- Syndrome dyspeptique
- Subfébrilité

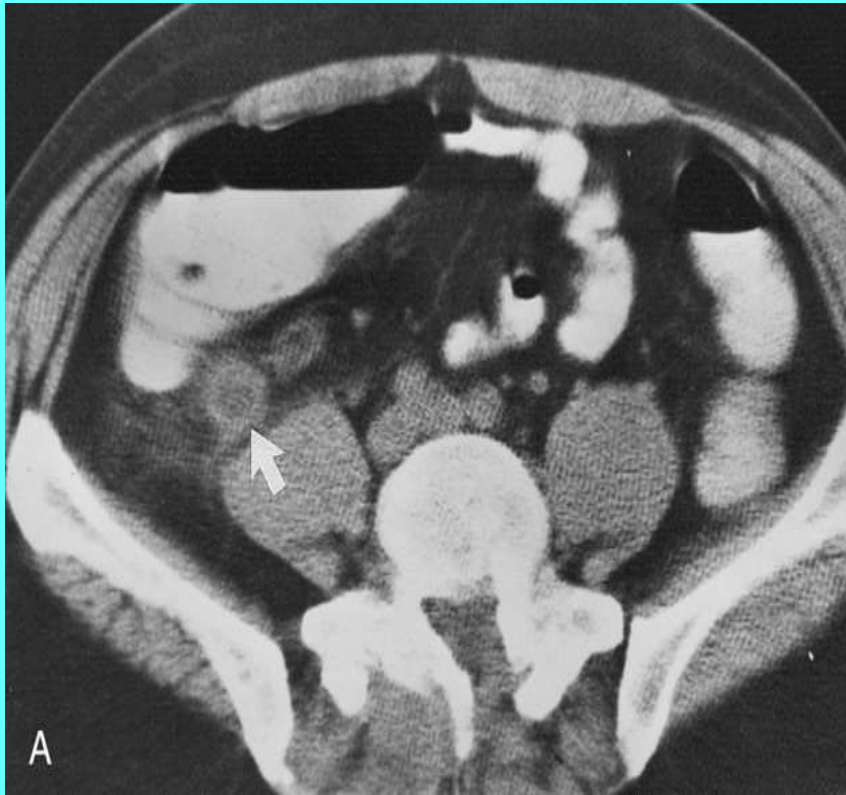
## Palpation:

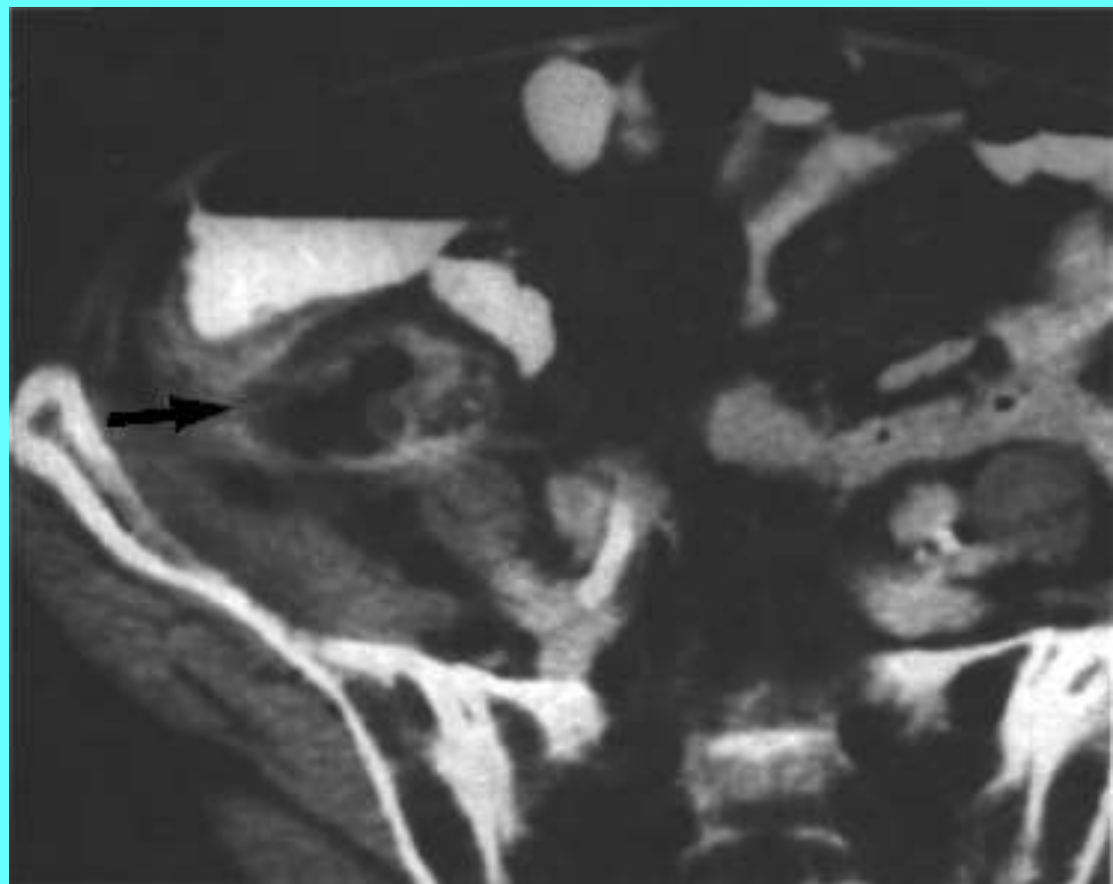
Blumberg, Rousing,  
Défense musculaire

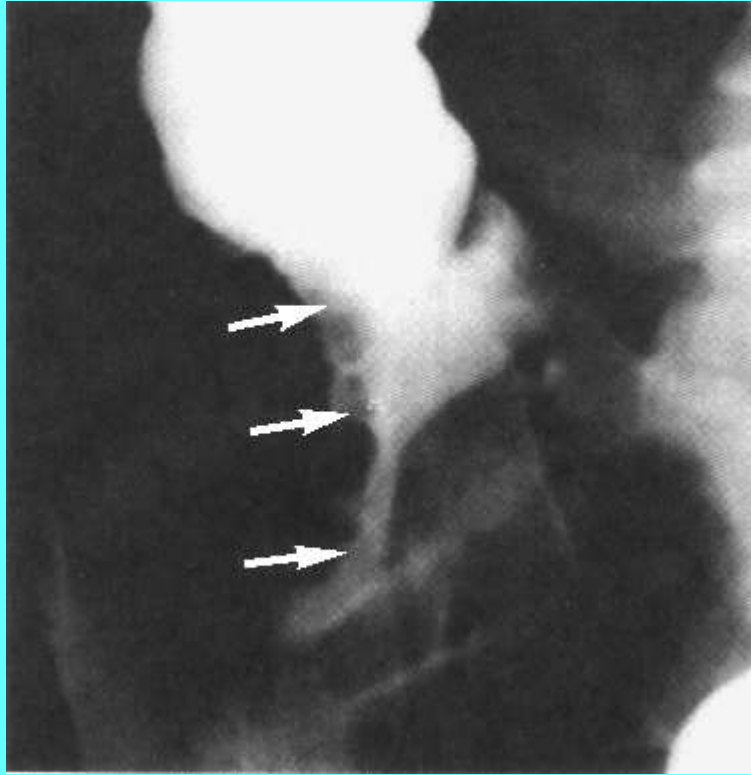
Toucher rectal – vaginal et ex gynécologique

Paraclinique: Hyperleucocytose, CRP, ex urine,  $\beta$ HCG

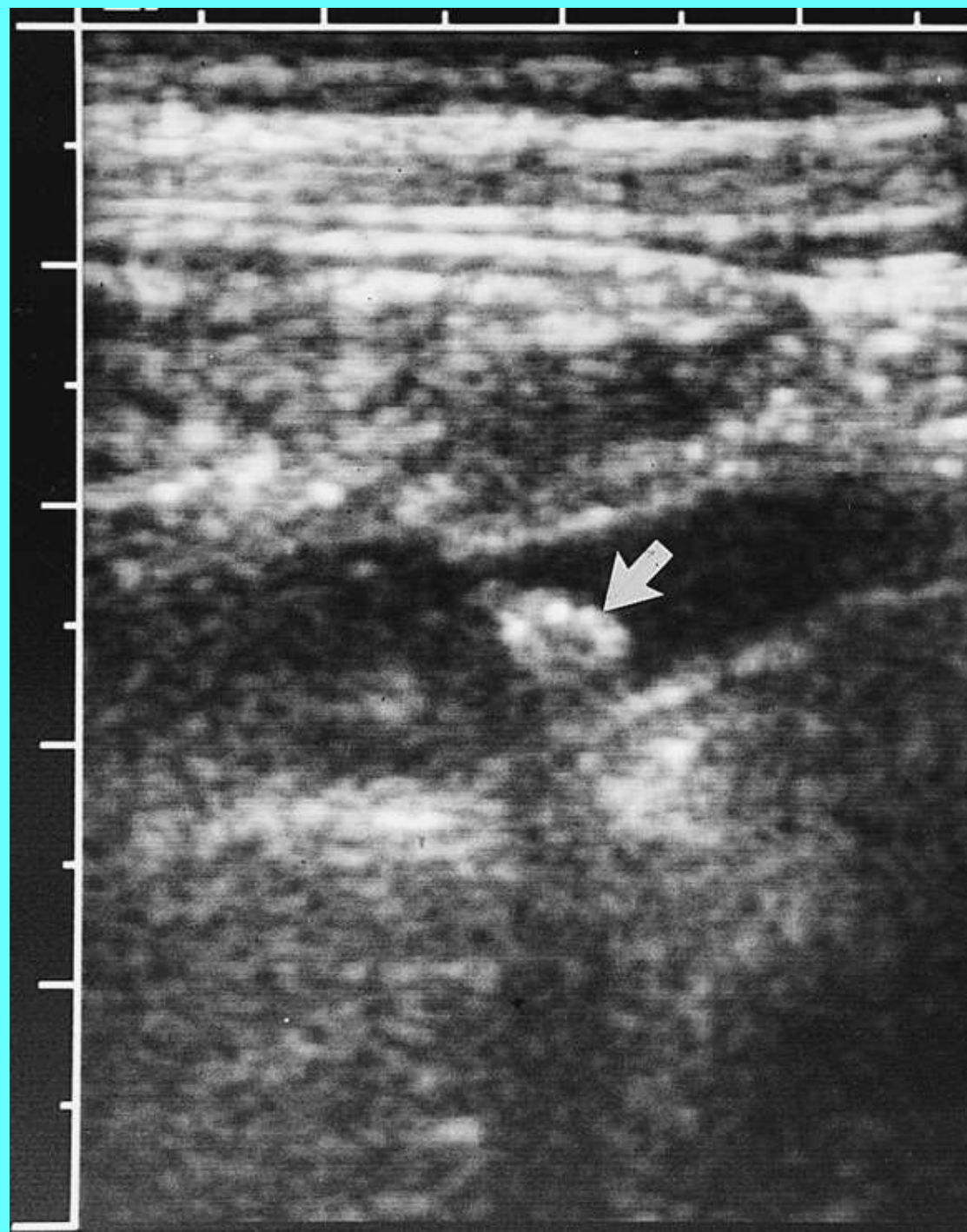
Imagerie: Echo 90% (cocard), TDM











# Classification

- Gravité
- Topographie
- Age

## Gravité

- simple
- phlegmoneuse
- gangréneuse

# Classification

## Formes cliniques

- catarrhale
- purulente
- avec péritonite généralisée
- plastron -peut conduire à la péritonite généralisée

# Classification

## ○Topographique

Pelvienne

Rétro-cæcale

Subhépatique

Mésocolique

Herniaire

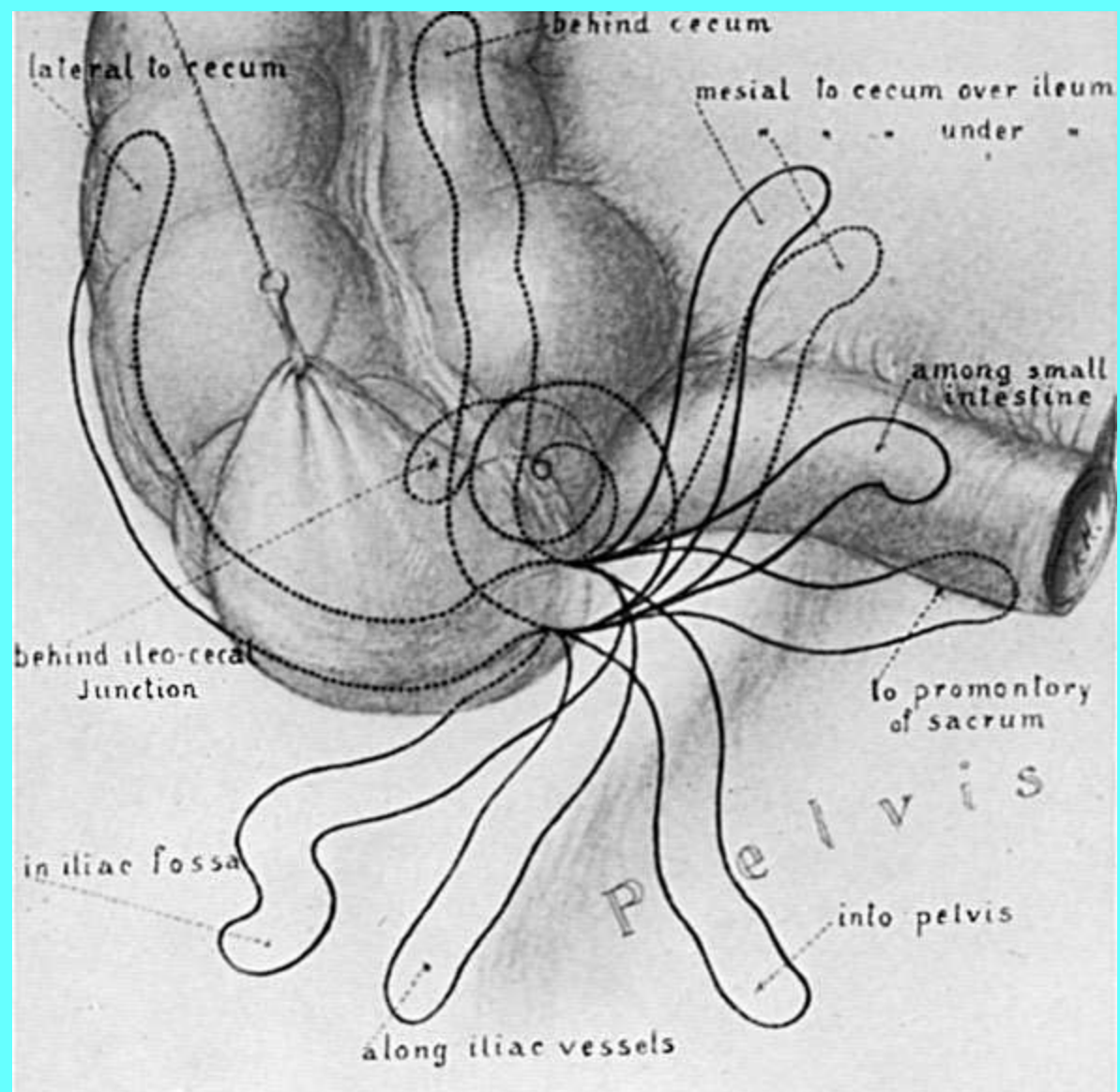
A gauche

## ○Age

Enfants

Personnes âgées: 2 formes: occlusive- tumorale

!!!!!!! **Femmes** : Attention en cas de grossesse!



# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Affections médicales: gastro-entérite, Crohn, adénite mésentérique
- Affections urologiques: colique néphrétique
- Affections des annexes utérines: torsion ovarienne, annexite, GEU
- Affections chirurgicales: diverticule de Meckel, sigmoïdite, diverticulite, cholecystite, tumeurs app, carcinome caecal, mucocèle app (cystadénome, cystadénocarcinome)

# EVOLUTIONS - COMPLICATIONS

- Rémission
- Complications

Péritonite localisée

généralisée

Abscès

Plastron

décès

# TRAITEMENT

Conservateur: vraiment au début (antibio, antalg.)

Chirurgical: appendicectomie  $\pm$  drainage  
classique

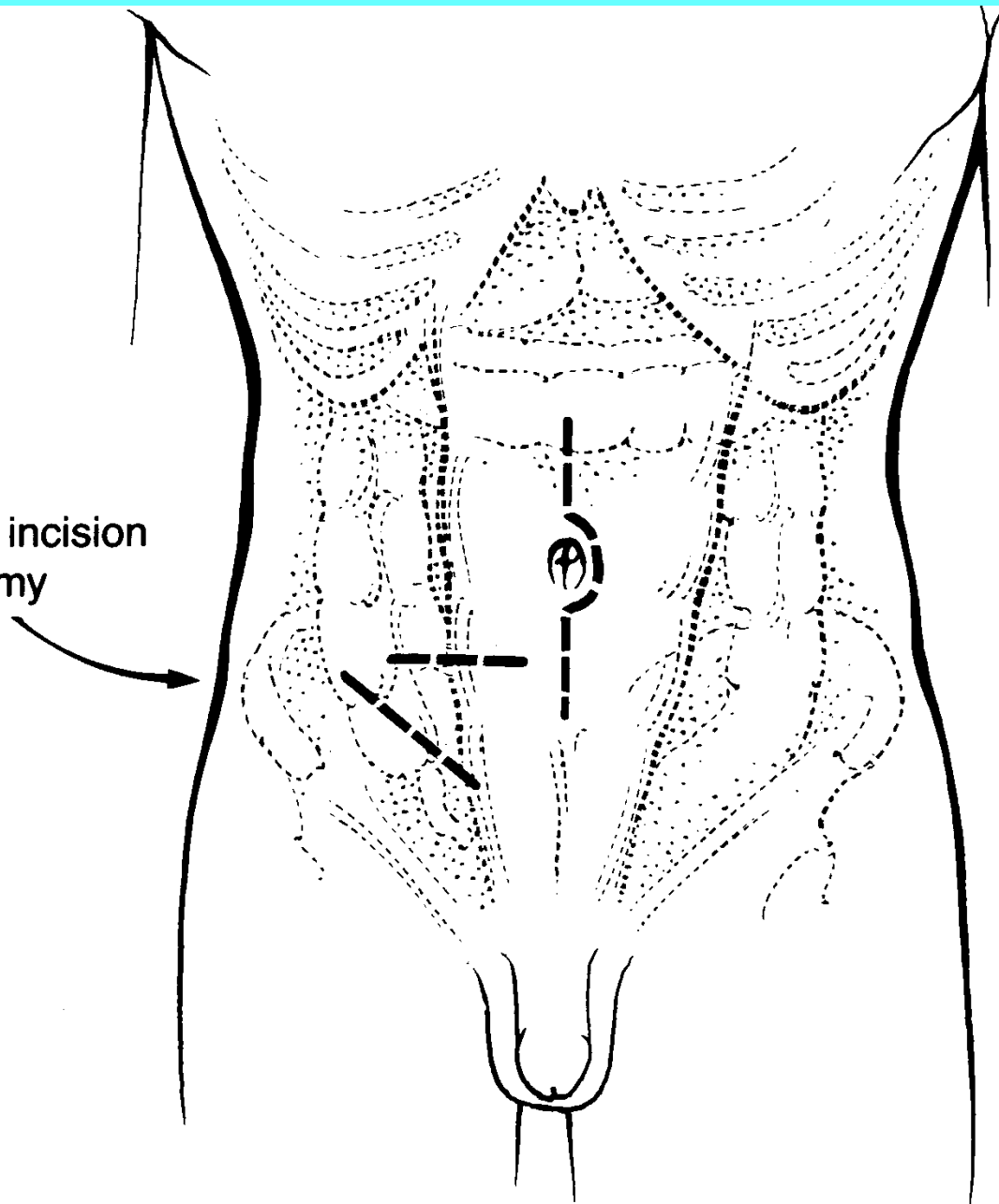
laparoscopique

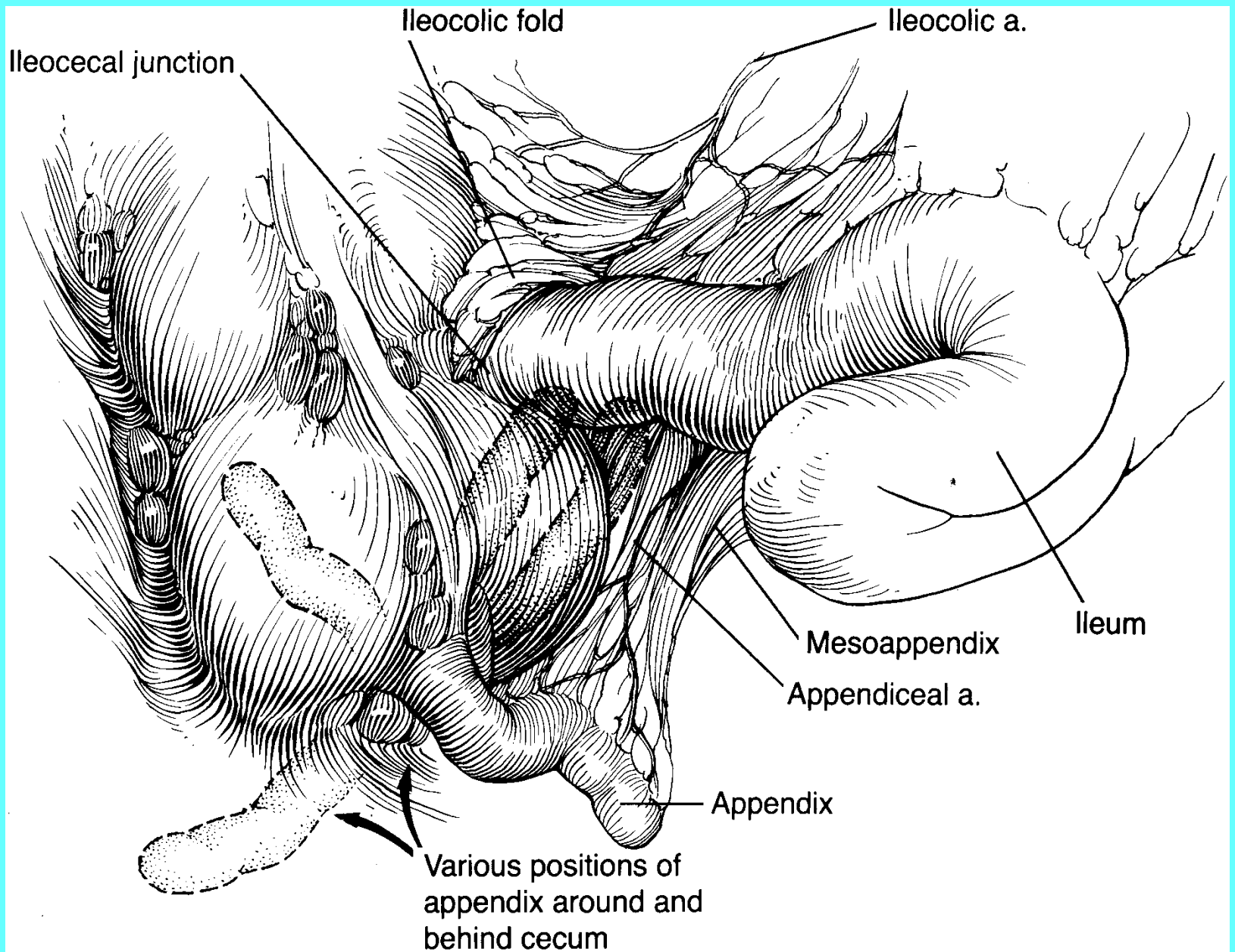
Support: antibiothérapie (1-2j), perf si perit, antalg.

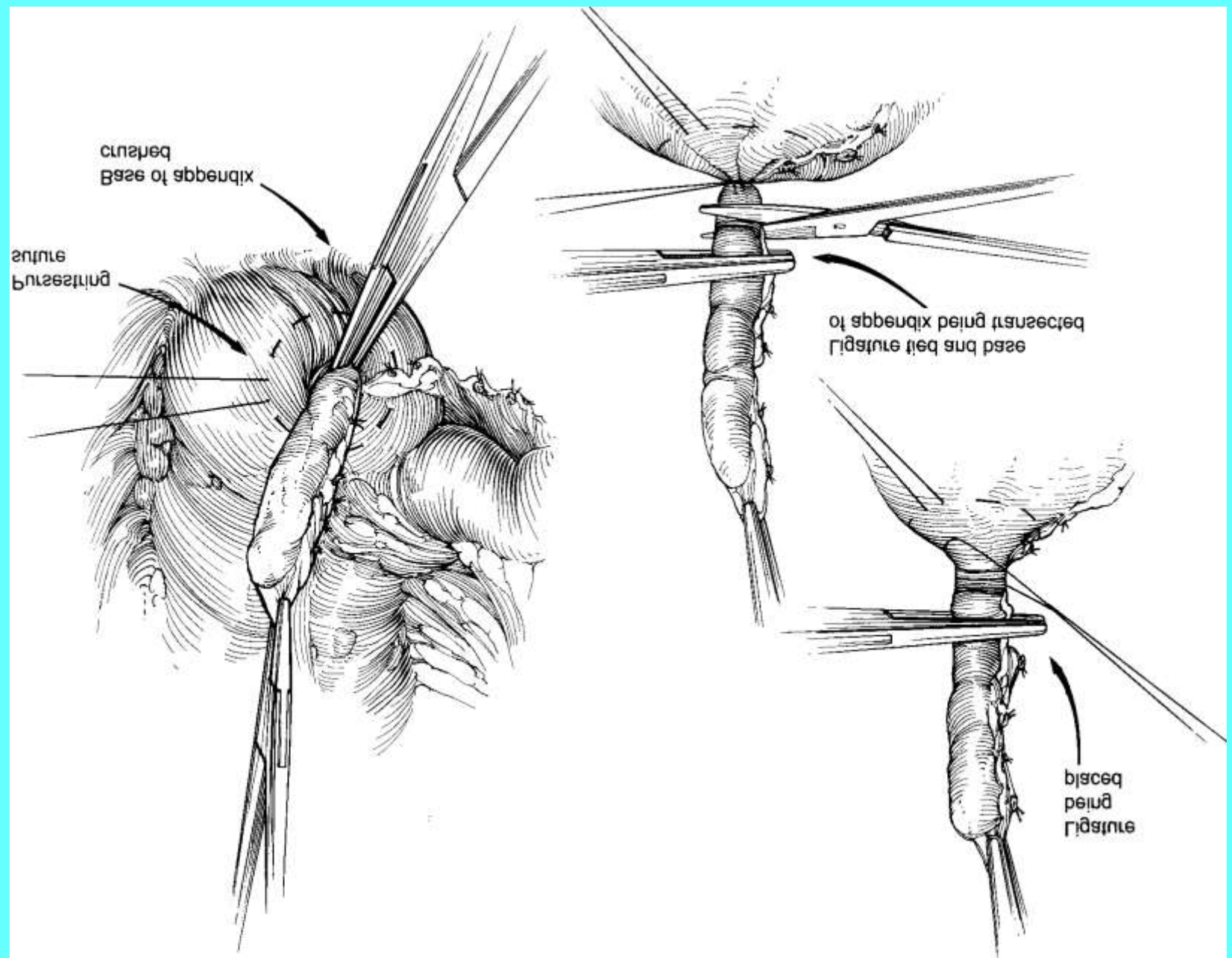
OBS: Plastron – tt médicamenteux et après 2-4 mois  
d'opération

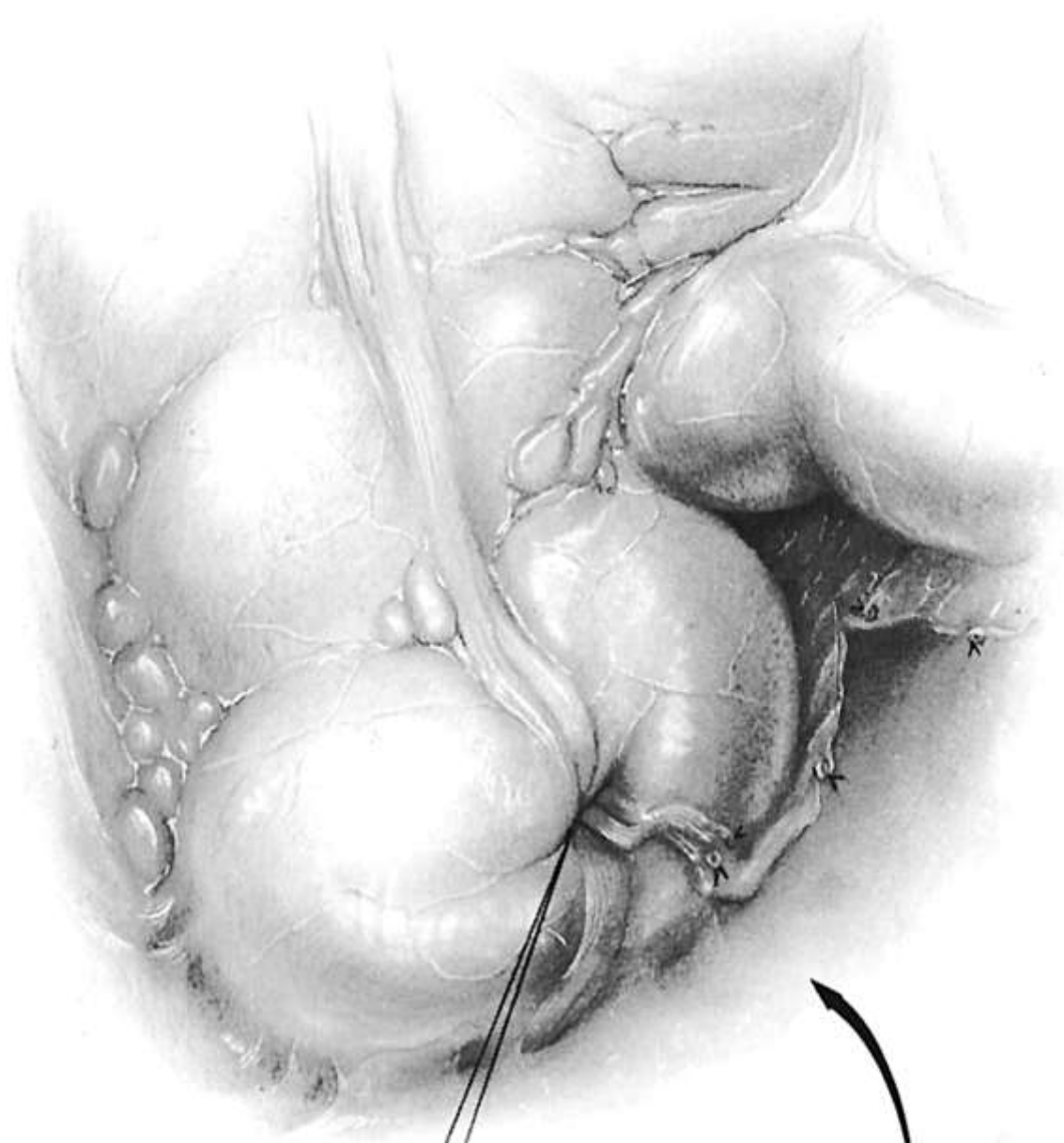


Various lines of incision  
for appendectomy

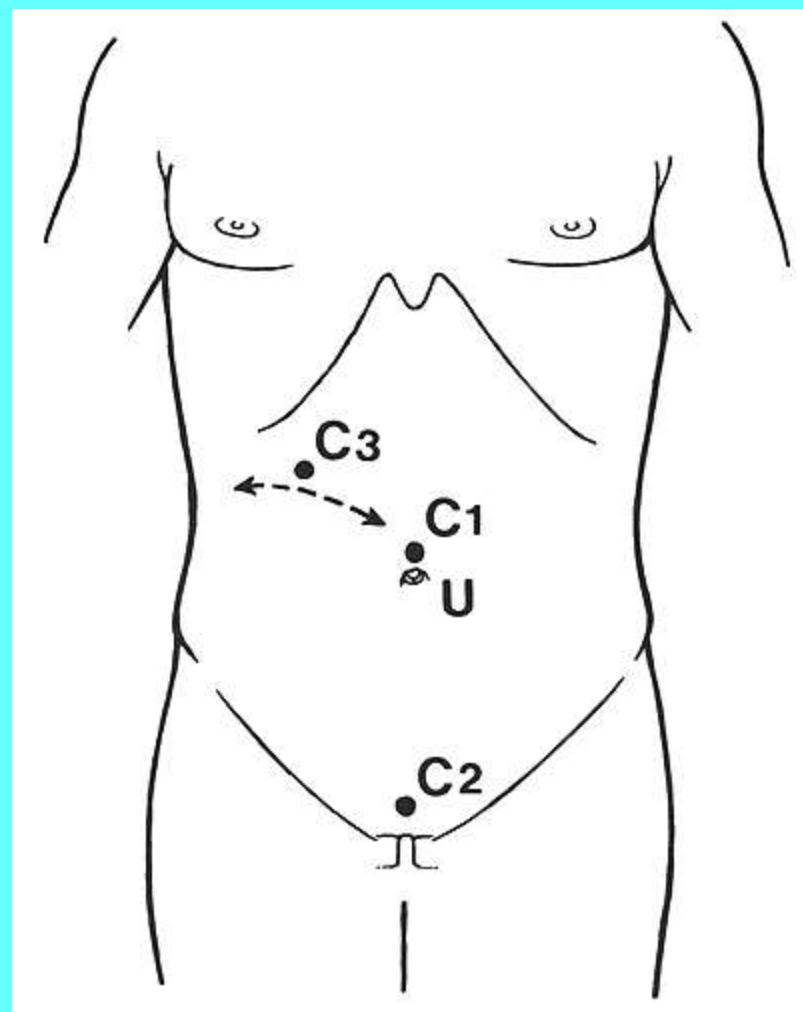
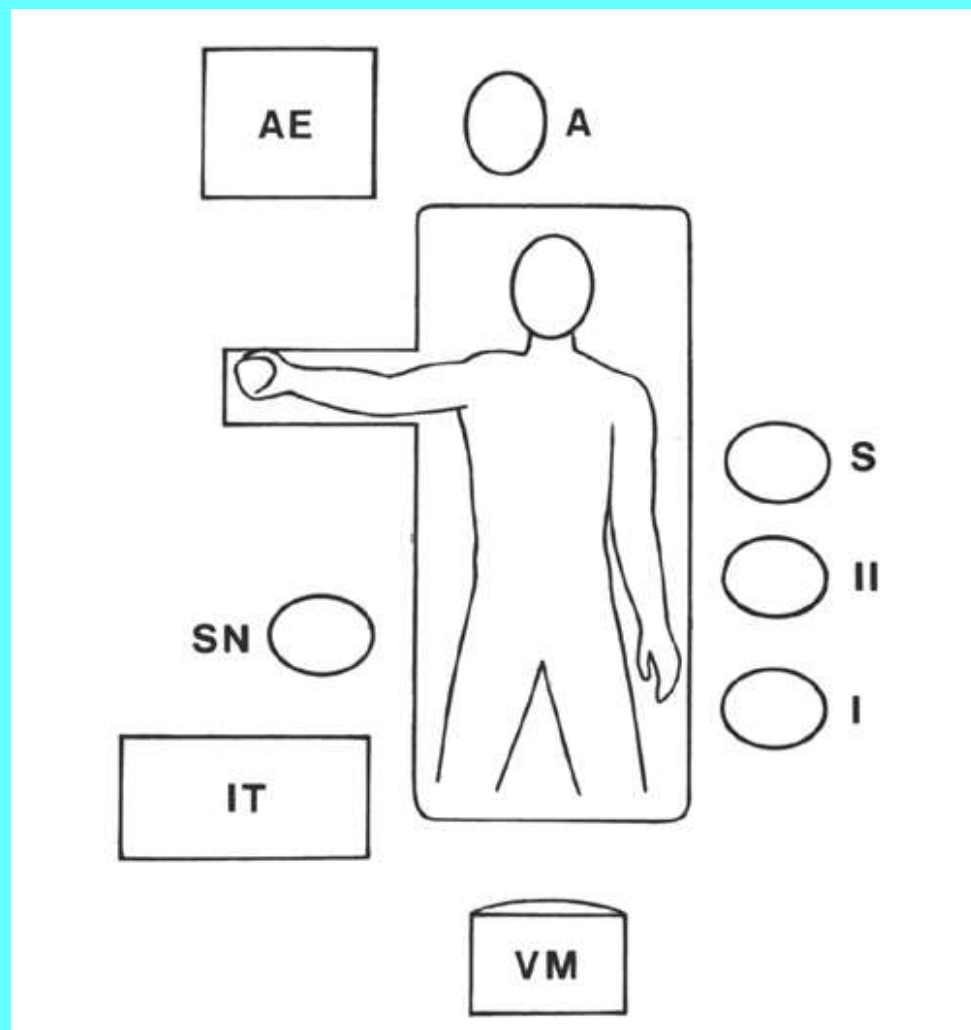




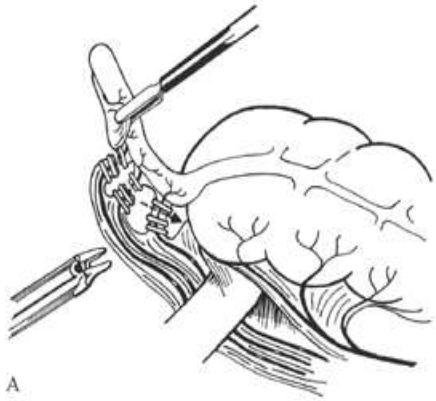
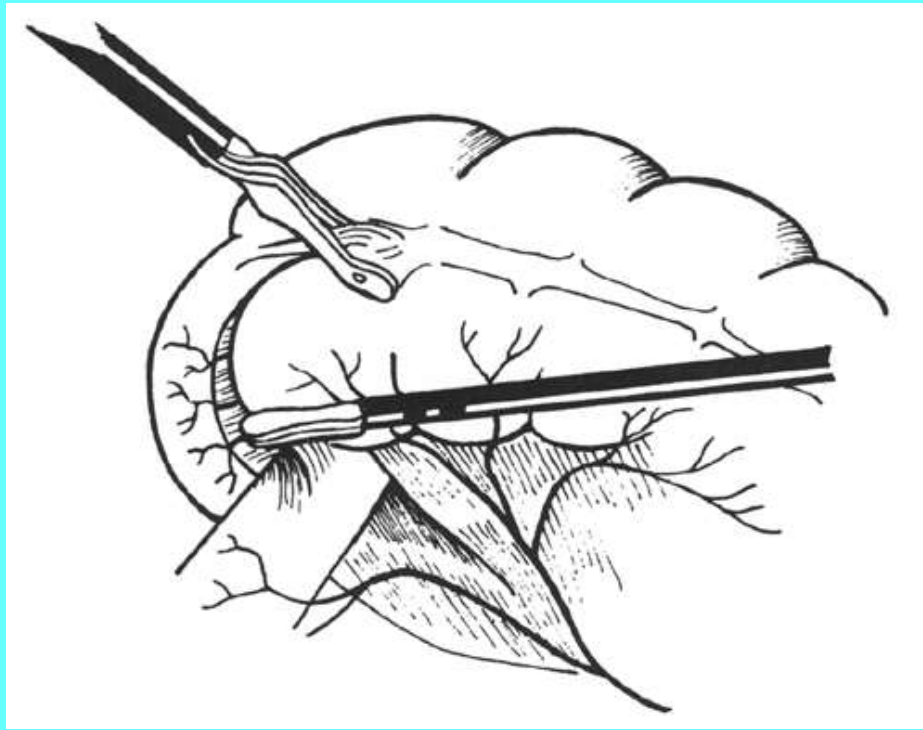




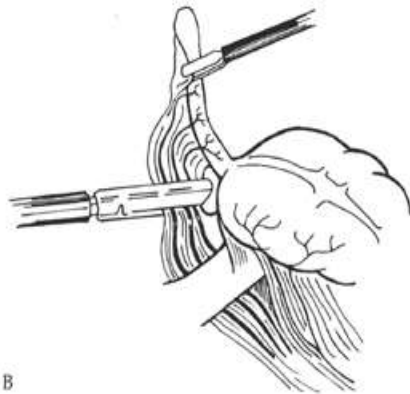
Appendectomy completed  
by tying pursestring to  
invaginate stump



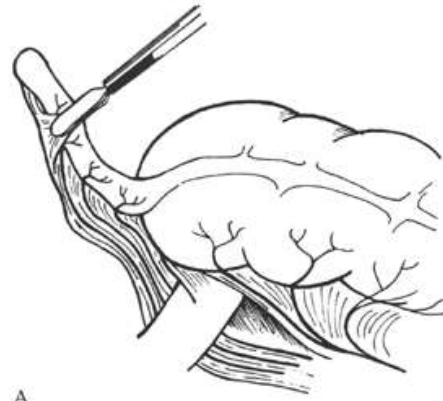




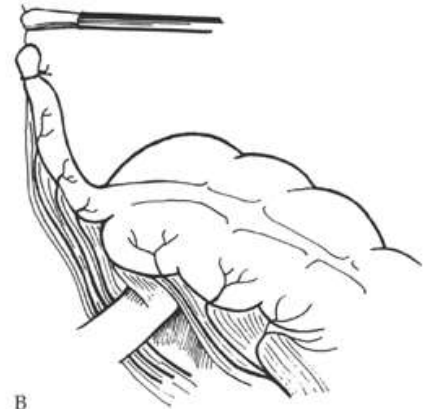
A



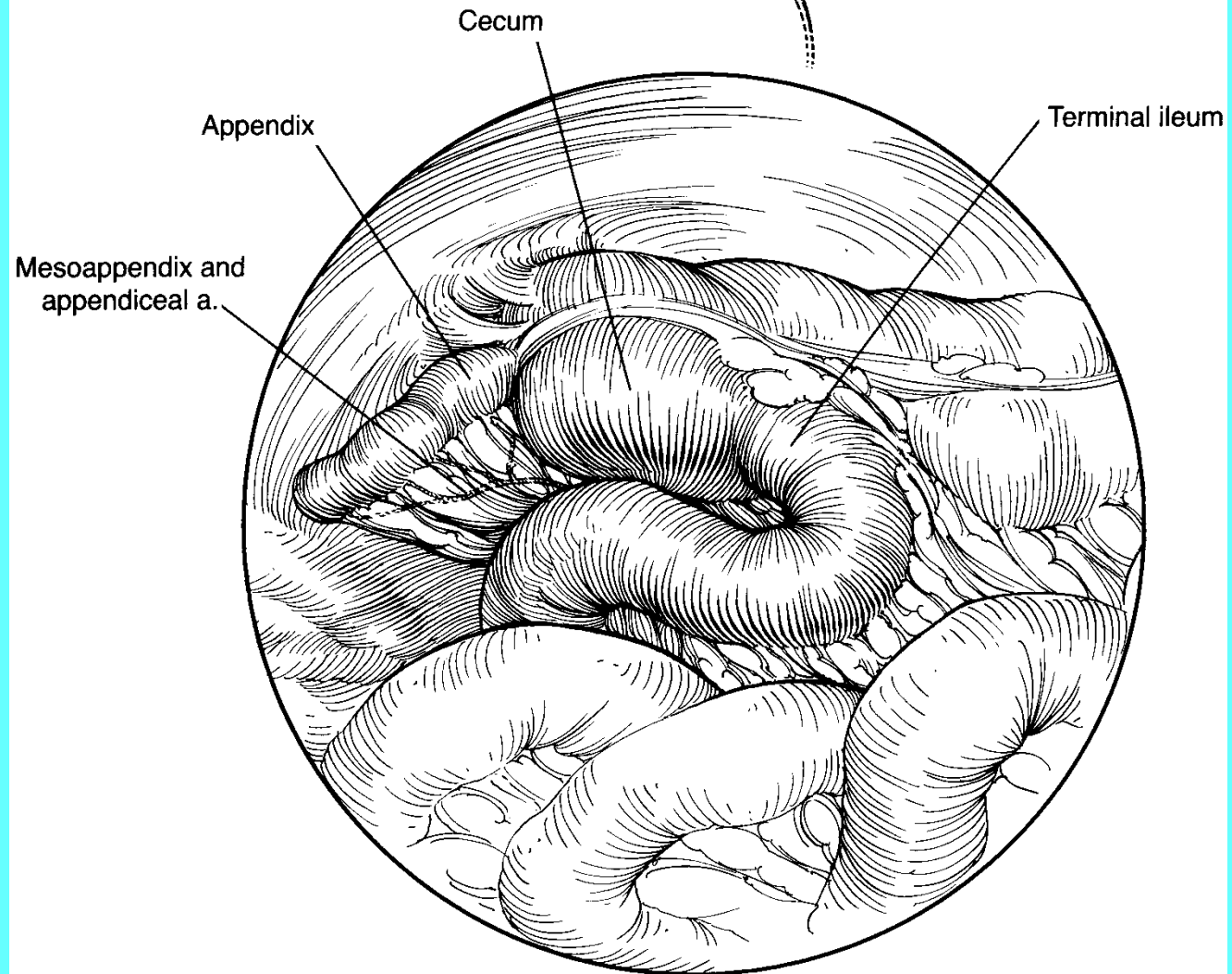
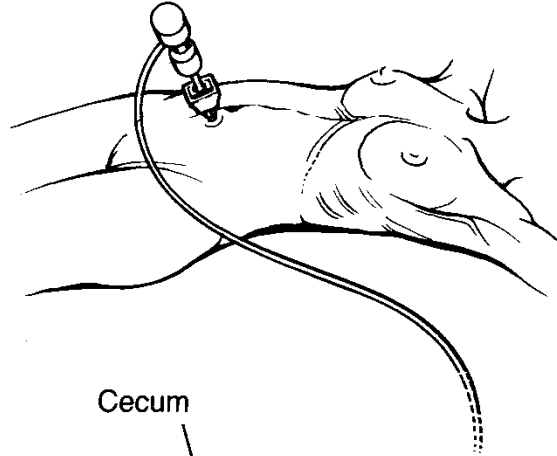
B



A



B



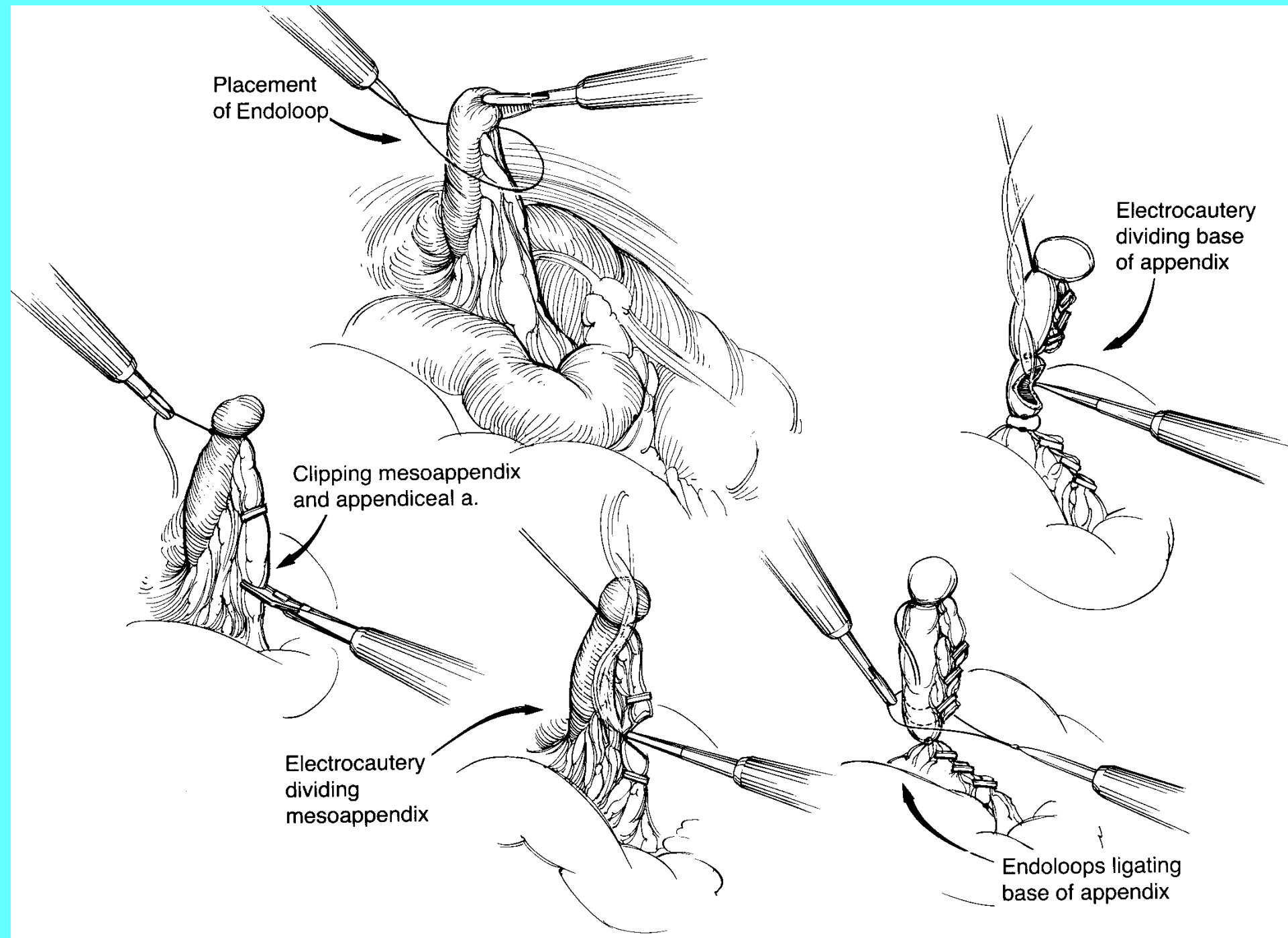
Placement  
of Endoloop

Clipping mesoappendix  
and appendiceal a.

Electrocautery  
dividing  
mesoappendix

Electrocautery  
dividing base  
of appendix

Endoloops ligating  
base of appendix





# LES TUMEURS APPENDICULAIRES

I. **T. CARCINOIDES** sont TNE 7-43% localisation app

Bénignes ou carcinomes: se développent à partir des cellules argentafiles de Kultschitzky

Croissance lente , métastases tardive

Sécrétion de sérotonine

Syndr. carcinoïde: **bouffées vasomotrices marquées (visage et cou rouge vif), de la douleur abdominale et de la diarrhée (qui peut être importante)**

- manif. cardiaques

- hypertonie- fibres lisses - spasme bronchique, asthme, petites tumeurs - „battements de tambour”

# TUMEURS APPENDICULAIRES

## II. LE MUCOCÈLE

Bénignes- appendice dilaté (contenu stérile)

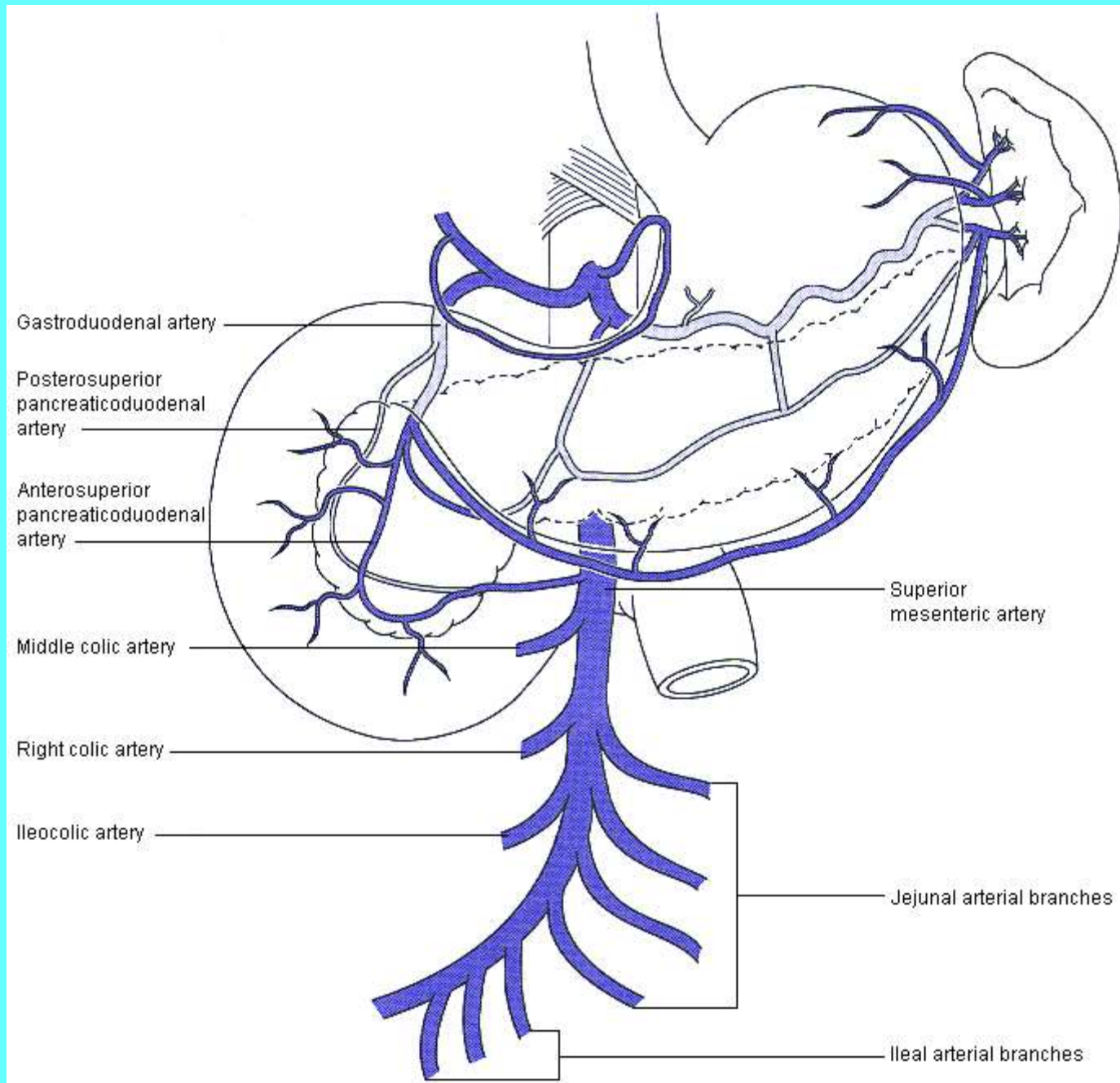
- cystadénome

Malignes (cystadenocarcinome) qui par rupture donne une  
péritonite gélatineuse  $\equiv$  pseudomyxome péritonéal

## III. MALIGNES adénocarcinome

# INFARCTUS ENTERO-MESENTERIQUE

- Nécrose hémorragique totale-partielle de l'intestin , due à une obstruction artérielle – veineuse
- Abdomen super –aigu \* (“ Le grand drame abdominal”\*)
- 80% personnes âgées



**B**

Superior mesenteric  
artery

inferior  
pancreaticoduodenal  
artery

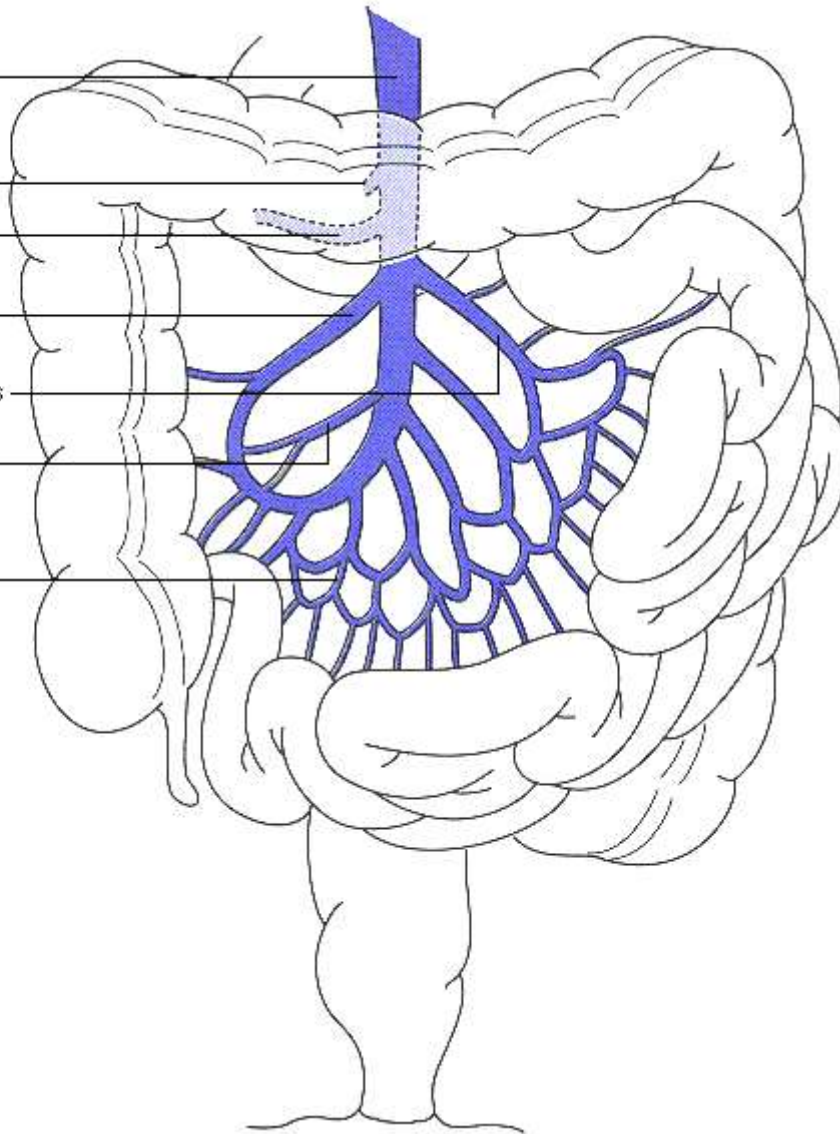
Middle colic artery

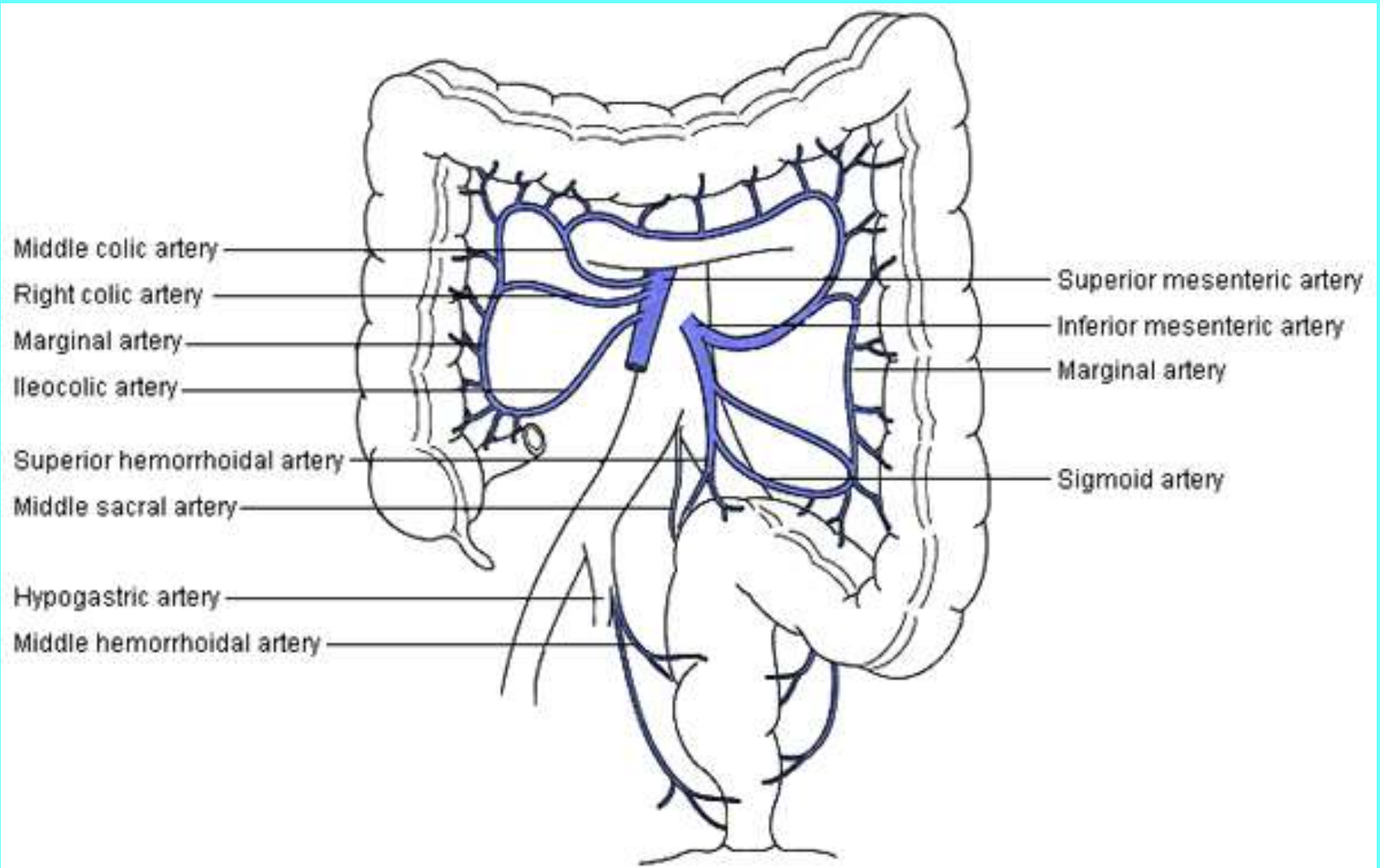
Right colic artery

Jejunal arterial branches

Ileocolic artery

Ileal arterial branches





# Classification

1. Artérielle (80%)

embolie

Thrombose ( plus fréquemment)

2. Veineuse

3. Mixte

4. Sans obstruction décelable ( environ . 10%)



# Étiopathogénie

## 1. Artérielle

Plus fréquemment AMS\* - disp. anatomique  
- physiologique (artère terminale)

a. Thrombose

b. Embolie

## 2. Veineuse ( jusqu'à 40%)

Plus fréquemment VMS\*

# Physiopathologie

1. Obstruction vasculaire

circulation terminale, colatérale (peu)

2. Spasme vasculaire

3. Thrombose locale

disséminée

4. Distension intestinale

Accumulation de gaz et de liquides

CHOC HYPOVOLEMIQUE SEPTIQUE  
TOXIQUE

# Anatomie pathologique

- Problème de temps
- Réversible-irréversible

# Tableau Clinique

- Symptomatologie polymorphe

Douleur

Vomissements alimentaires /fécaloïdes

Troubles de transit

- Objectif (pauvre)
- distension
- Hypersonorité/ matité
- Silence auscultatoire
- Toucher rectal: sensibilité , sang sur le gant-irritation péritonéale

# Paraclinique

- Laboratoire

Leucocytose

anémie/hyperconcentration

Hypopotassémie \*? acidose métabolique

amylasémie

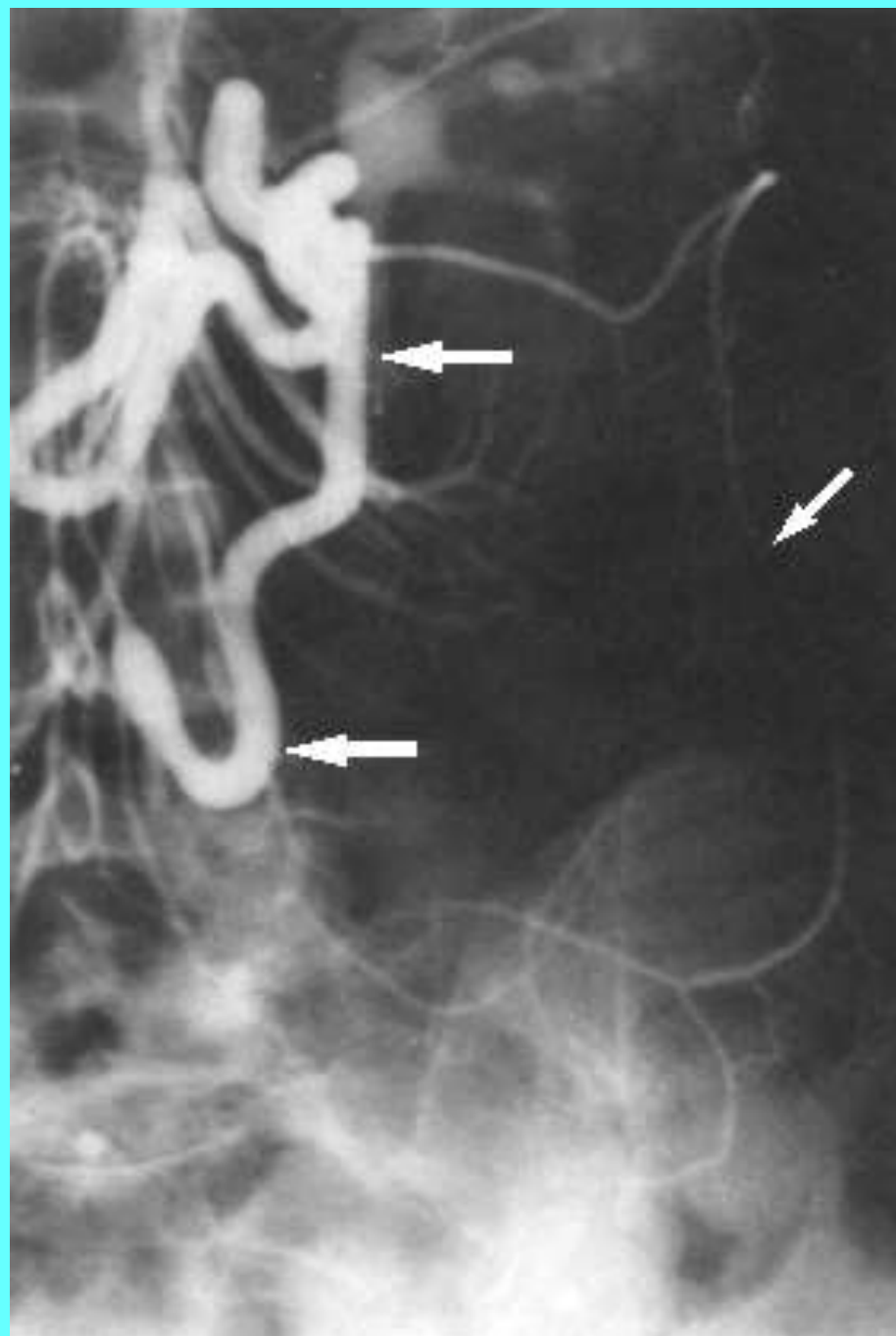
- Imagerie

Radiographie – niveaux hydroaériques

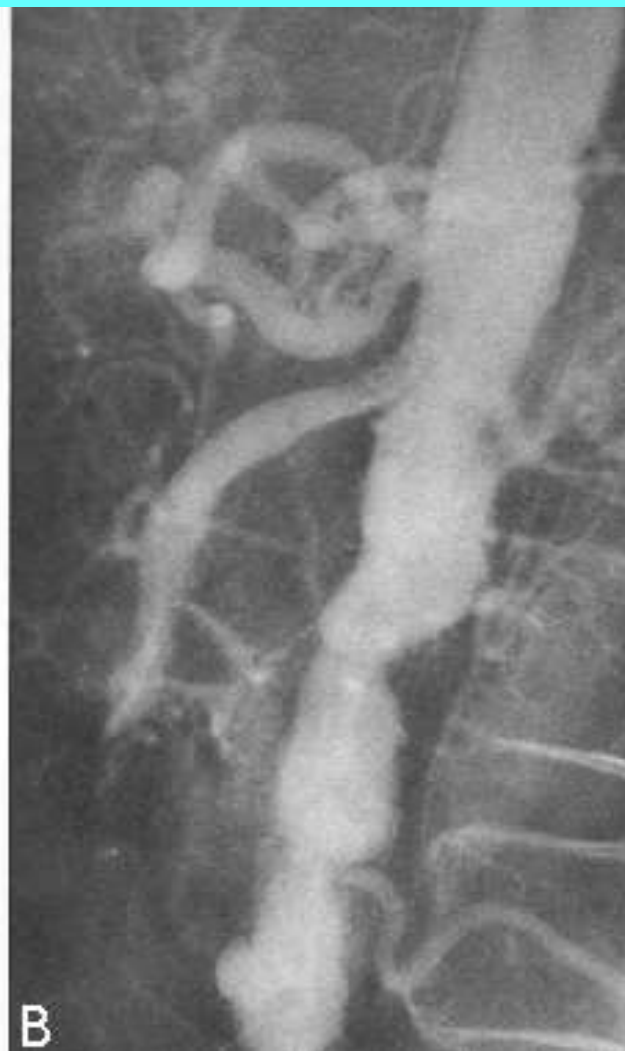
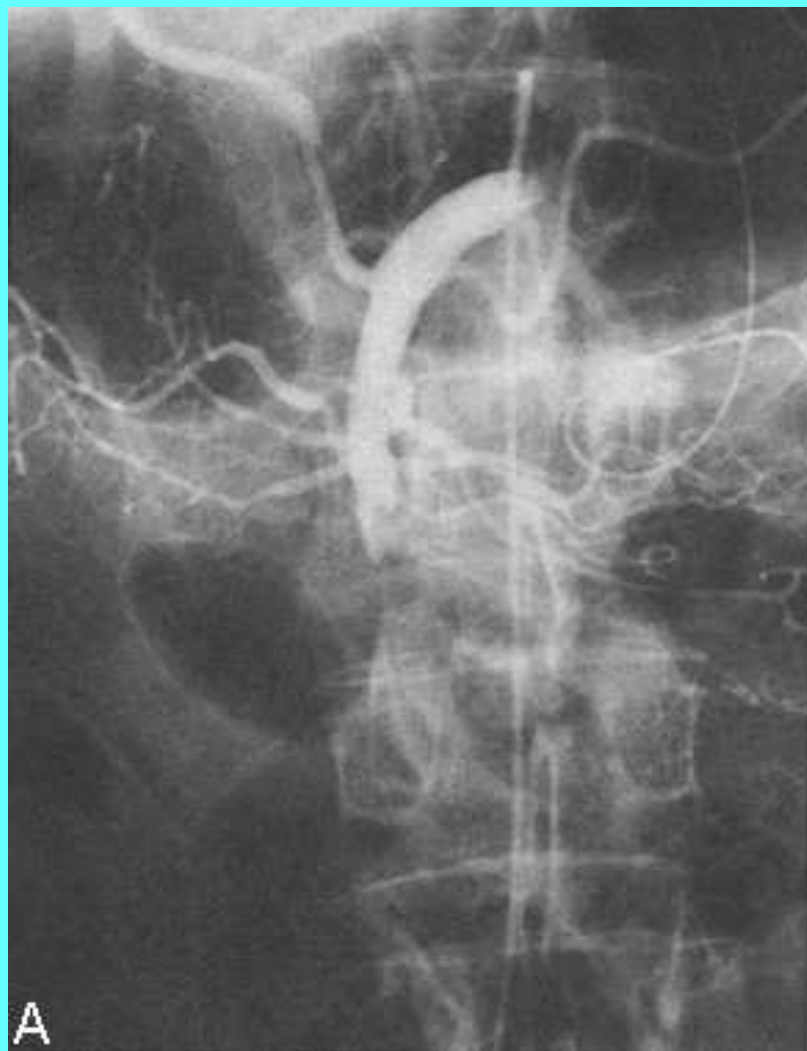
scintigraphie TC99

Artériographie sélective

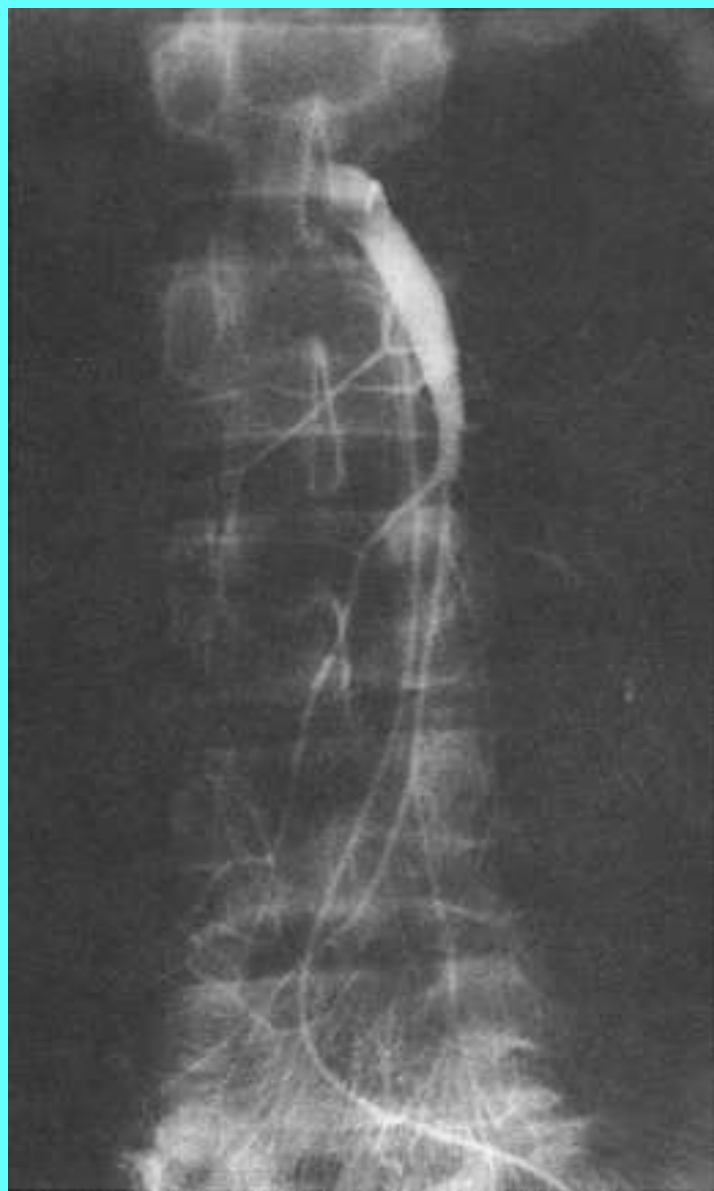
Echographie











- Diagnostic positif difficile

5-10% préopératoire

- Diagnostic différentiel
- ABDOMEN AIGU CHIRURGICAL
- Formes cliniques particulières
  - compensées (circulation collatérale)
  - Multiples embolies
  - Sténose intestinale ischémique (sdr. de Koenig)
  - Avec symptomatologie non concluante
- Evolution 90% décès

# Traitement

- Médical

anticoagulants

Thrombolytique – général

- local

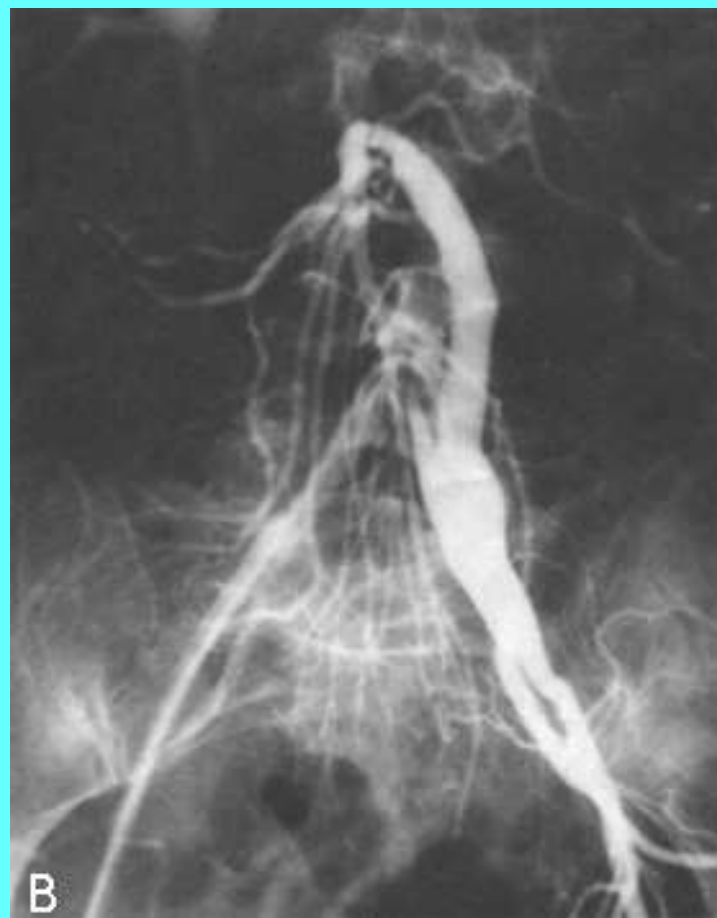
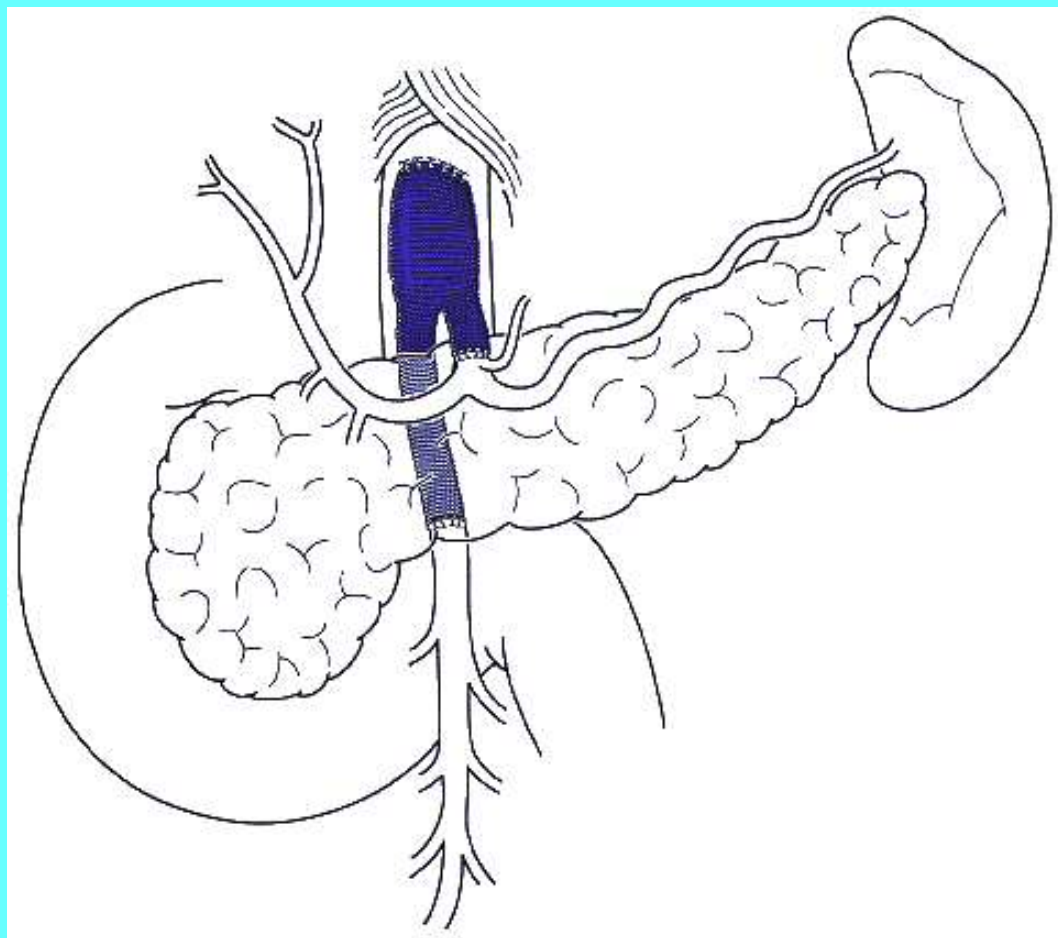
- Chirurgical

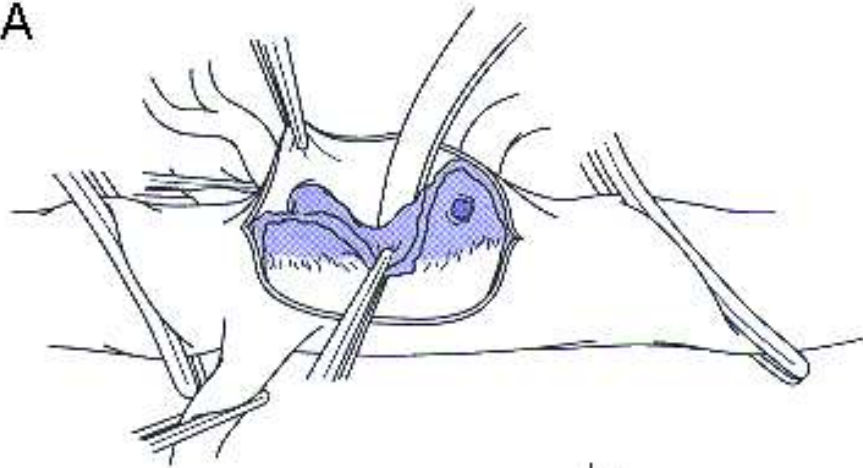
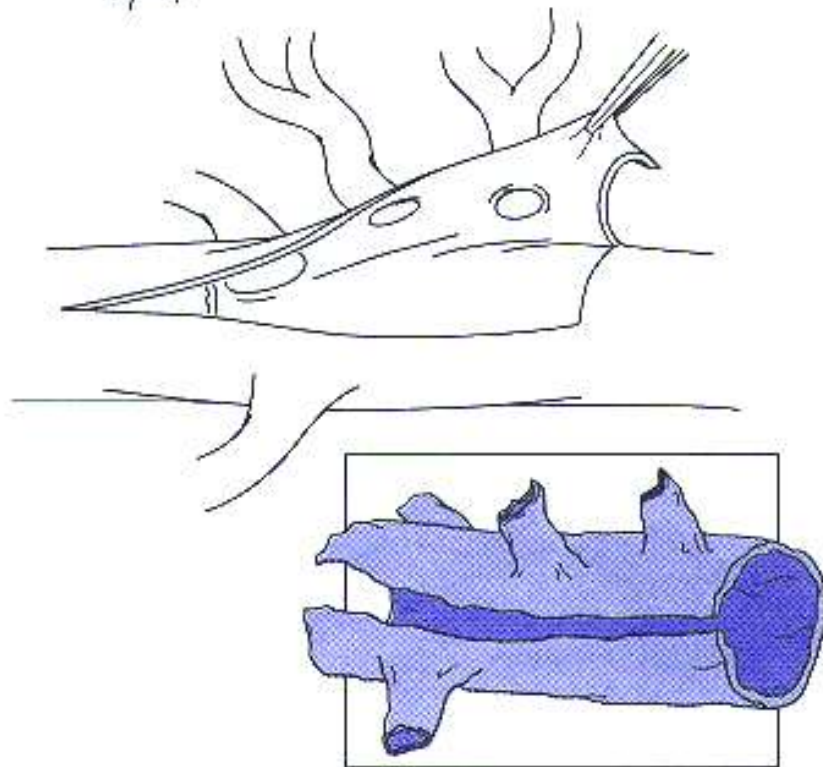
embolectomie

Thrombo-endartériectomie

bypass gastrique

résection



**A****B****C**