



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## APPENDICITE AIGUË

# Techniques chirurgicales de l'appendicectomie pour appendicite aiguë

## Surgical techniques of appendectomy for acute appendicitis

B. Blanc, M. Pocard\*

*Service de chirurgie digestive, hôpital Lariboisière, université Paris Diderot–Paris 7,  
2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France*

### MOTS CLÉS

Appendicite ;  
Appendicectomie ;  
Technique  
chirurgicale ;  
Laparoscopie

**Résumé** Depuis une vingtaine d'année, le traitement chirurgical des appendicites aiguës a été transformé par l'apparition de la voie cœlioscopique. Cependant, l'apport de cette voie d'abord est toujours controversé. Dans la population générale, le taux de complications pariétales est plus faible et la durée de convalescence plus courte chez les patients traités par cœlioscopie. Le coût global de la voie cœlioscopique est plus faible. Il y a une tendance à un taux d'abcès profond plus élevé par voie cœlioscopique. La cœlioscopie est préférable dans certains sous-groupes : obèses, appendicite aiguë compliquée. L'appendicectomie cœlioscopique n'est pas recommandée chez la femme enceinte en raison d'un possible taux plus élevé de fausses couches. Le traitement du moignon appendiculaire en cœlioscopie est moins coûteux par ligature que par agrafage. Le diverticule de Meckel, au cours d'une intervention pour appendicite aiguë, doit être systématiquement retiré lorsqu'il est retrouvé chez l'enfant et lorsqu'il est manifestement pathologique chez l'adulte. Au final, malgré l'intérêt que portent les chirurgiens sur les techniques chirurgicales de l'appendicectomie, de nombreuses questions font encore débat.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Appendicitis;  
Appendectomy;  
Surgical technique;  
Laparoscopy

**Summary** Over the last 20 years, the treatment of acute appendicitis has been transformed by the development of the laparoscopic approach. And yet the net value of this approach continues to be debated. Laparoscopic appendectomy is associated with a lower complication rate and a shorter period of disability in the general population. While operative costs are higher, the global cost of laparoscopic appendectomy is lower than for open appendectomy. There is a somewhat higher rate of abdominal abscess for the laparoscopic route. Laparoscopic appendectomy shows clear advantages in obese patients and in those with gangrenous or ruptured appendicitis. The laparoscopic approach is contra-indicated during pregnancy due to a higher incidence of miscarriage. Treatment of the appendiceal stump by ligature decreases the expense associated with the use of a surgical stapler. When Meckel's diverticulum is encountered during appendectomy, it should be removed in all pediatric patients; in adults, Meckel's

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc.pocard@lrb.aphp.fr (M. Pocard).

diverticulectomy in adults should be performed only for clear-cut pathology. Surgeons continue to innovate and refine appendectomy techniques but many questions remain to be answered. © 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La prise en charge d'une suspicion d'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente [1] : plus de 150 000 appendicectomies pour appendicite aiguë ont été réalisées en 1996 en France [2] et le risque de survenue d'une appendicite aiguë au cours de la vie est de 6 à 7%. Réputée pour sa bénignité, l'appendicectomie pour appendicite aiguë reste encore grevée d'une mortalité non nulle [3] et d'une morbidité variant entre 5 à 30%, nécessitant parfois un séjour hospitalier prolongé ou une réintervention.

Pendant une centaine d'années, les patients étaient opérés sur une forte présomption clinique, après un délai de surveillance plus ou moins prolongé en milieu chirurgical [4]. La voie d'abord la plus souvent utilisée était une incision située en fosse iliaque droite (FID). Depuis le début des années 1980, de nouveaux éléments médicaux et socioéconomiques sont apparus : progrès des méthodes de radiodiagnostic, surtout l'échographie et le scanner, développement de la chirurgie par abord coelioscopique et politique générale médicale visant à limiter au maximum les dépenses de santé. Tous ces éléments ont transformé la prise en charge de l'appendicite aiguë et de nombreux travaux scientifiques ont été publiés à ce sujet pour déterminer la meilleure conduite à tenir.

L'objet de cet article est de faire le point sur les différentes techniques chirurgicales utilisées au cours de l'appendicectomie pour appendicite aiguë de l'adulte et de leur résultat au vu de la littérature.

## La voie d'abord

Mises à part d'autres voies d'abord anecdotiques comme la résection par voie endoscopique après appendicectomie par retournement [5], les voies d'abord discutées sont la coelioscopie et la voie ouverte.

Entre 1894, date de la première publication d'une appendicectomie par incision en FID par Mc Burney [6] et 1983, date de la première publication d'une appendicectomie par voie coelioscopique par un gynécologue allemand [7], la voie d'abord utilisée et admise par tous les chirurgiens, quelle que soit la direction du tracé, était une incision en FID ou parfois une voie médiane en cas de péritonite appendiculaire avérée en préopératoire. Depuis, le nombre d'appendicectomies par voie coelioscopique ne cesse d'augmenter en nombre absolu et relatif [3,8]. Ainsi, plus de 45 études prospectives randomisées ont été publiées [9] pour déterminer la meilleure voie d'abord en termes de complications, de qualité de vie et de coût socioéconomique sans pouvoir prouver la supériorité de l'une des deux voies d'abord, comme ce fut le cas pour la cholécystectomie. L'abondance de cette littérature traduit l'absence de réponses claires à ces questions.

## Appendicite commune non compliquée

Il s'agit d'un véritable sujet de controverses, puisqu'à partir de mêmes sources, les recommandations de deux

sociétés savantes aboutissent à des conclusions opposées [10]. Pour la Société française de chirurgie digestive (SFCD), en 2006, il n'y a pas de bénéfice à réaliser une coelioscopie dans le traitement de l'appendicite aiguë non compliquée avec un grade de recommandation A [11]. Pour l'European Association for Endoscopic Surgery (EAES), il est recommandé de réaliser une laparoscopie avec un niveau de preuve A [12] en cas de suspicion d'appendicite aiguë. Pour les membres de la SFCD [13], le rôle diagnostique de la coelioscopie exploratrice ne peut être retenu en raison de sa morbidité propre non négligeable (complications liées à l'anesthésie et à la mise place des trocarts) et de la bonne fiabilité de la tomодensitométrie abdominale en cas de suspicion d'appendicite. Concernant le rôle thérapeutique, ils insistent sur l'augmentation significative du taux d'abcès de paroi pour la voie ouverte dans une méta-analyse incluant les deux essais randomisés importants les plus récents. Pour les auteurs de l'EAES [14], le bénéfice en termes de douleur postopératoire et de durée de convalescence de la voie coelioscopique existe même s'il est faible. De plus, pour ces auteurs, la survenue d'un abcès de paroi pourrait être considérée comme une complication potentiellement dangereuse et coûteuse pour certains chirurgiens et certains patients. Enfin, une bonne technique de coelioscopie, incluant l'utilisation d'une agrafeuse linéaire et une toilette abdominale, diminue le taux d'abcès profond.

Six méta-analyses sont parues entre 1998 et 2002 [15–20] : le Tableau 1 en résume les résultats. Globalement, ces études obtenaient les mêmes résultats. La durée opératoire est plus longue, le taux d'abcès de paroi est plus faible et la durée de convalescence est plus courte dans le groupe coelioscopie. Il existait une tendance non significative, sauf dans une méta-analyse où cette différence était significative, à un taux d'abcès profond plus grand dans le groupe coelioscopie. La durée moyenne de séjour (DMS) était plus courte dans quatre méta-analyses dans le groupe coelioscopie et identique dans les deux autres méta-analyses. Malgré une tendance à un taux plus élevé d'abcès profond en coelioscopie, les auteurs recommandaient son usage. Une méta-analyse [13], portant uniquement sur les abcès profonds et les abcès de paroi incluant deux études importantes de 2005, confirme le taux d'abcès profond plus important dans le groupe coelioscopie (*odds ratio* (OR) = 2,26 avec intervalle de confiance (IC) à 95 % entre 1,39 et 3,67).

En 2005, deux essais randomisés ont été publiés, incluant 163 et 247 patients [9,21]. Ce sont les articles les plus récents incluant autant de patients et les seuls réalisés en double insu. Les résultats ne retrouvaient pas de différence en termes de complications globales (18 et 17 % pour Katkhouda et al. [9], 9 et 11 % pour Moberg et al. [21]), d'abcès de paroi, d'abcès profond, de DMS (trois jours et deux jours pour Katkhouda et al. [9], deux jours pour Moberg et al. [21]). L'état général était meilleur dans le groupe coelioscopie pour Moberg et al. [21] entre j7 et j10 et à deux semaines pour Katkhouda et al. [9]. La durée opératoire était significativement plus longue dans le groupe coelioscopie (80 minutes versus 60 minutes,  $p=0,0001$ ) seulement chez Katkhouda et al. [9]. Dans l'étude de Katkhouda et al. [9], il n'y avait pas de différence en termes de complications que l'appendicite soit compliquée ou non. Les deux équipes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296276>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296276>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)