

Appendicites : cœlioscopie ou non ?

N. Pirro ¹, S.V. Berdah ²

1. Service de Chirurgie Digestive et Générale, Hôpital Sainte-Marguerite – Marseille.
e-mail : nicolas.pirro@ap-hm.fr

2. Service de Chirurgie Digestive et Générale, Hôpital Nord – Marseille.

Correspondance : N. Pirro, Service de Chirurgie Digestive et Générale, Hôpital Sainte-Marguerite, 270 Boulevard de Sainte-Marguerite, F 13274 Marseille Cedex 09.

Résumé/Abstract

Appendicites : cœlioscopie ou non ?

N. Pirro, S.V. Berdah

Le bénéfice de cœlioscopie par rapport à la laparotomie pour le traitement des appendicites aiguës demeure un sujet de controverse malgré la publication de nombreuses études randomisées.

La durée d'intervention est plus longue en cœlioscopie. La fréquence des abcès de paroi est moins importante pour les malades opérés par cœlioscopie mais la fréquence des abcès profonds pourrait être augmentée, notamment en cas d'appendicite compliquée. La douleur postopératoire est moins importante et la reprise d'une activité normale est plus précoce pour les malades opérés par cœlioscopie. La durée d'hospitalisation est plus courte. Le coût de l'hospitalisation est plus élevé mais le coût global de l'appendicectomie est moins important notamment pour les malades ayant une activité professionnelle. La cœlioscopie diminue le nombre d'appendicectomies inutiles et le nombre de malades sans diagnostic essentiellement chez la femme en période d'activité génitale.

L'appendicectomie par cœlioscopie est faisable et a quelques avantages par rapport à l'appendicectomie par laparotomie. Ces avantages pourraient être plus importants pour les femmes jeunes, pour les sujets ayant une activité professionnelle et pour les malades obèses. Certains avantages de la cœlioscopie sont modestes et le bénéfice clinique secondaire n'est pas toujours démontré. Le risque d'abcès profond, notamment pour les malades ayant une appendicite perforée ou gangrenée est mal connu et devra être évalué par des études complémentaires.

Mots-clés : Appendice. Traitement. Appendicite. Laparoscopie.

Appendicitis: yes or no to laparoscopic approach?

N. Pirro, S.V. Berdah

Whether or not there is a benefit to laparoscopy versus open surgery in the management of acute appendicitis remains a subject of controversy despite the publication of numerous randomized studies.

Operative time is longer for the laparoscopic approach. The incidence of abdominal wall abscess is decreased for laparoscopy but the incidence of deep intra-abdominal abscess may be increased, especially in the case of complicated appendicitis. Post-operative pain is diminished and resumption of normal activity is quicker with the laparoscopic approach. Hospitalization is shorter but the cost of hospital care is higher; nevertheless, the global cost may be less – particularly for patients whose return to work is hastened by a laparoscopic approach. Laparoscopy diminishes the number of normal appendectomies, particularly in women of reproductive age where the diagnosis may be unclear.

Laparoscopic appendectomy is practicable and has advantages over open appendectomy under certain circumstances. These advantages are most evident in the young female, the working patient, and the obese patient. Overall, the advantages of laparoscopy are, at best, modest and clinical benefit is not always demonstrable. The risk of deep abscess, particularly in patients with perforated or gangrenous appendicitis, remains an unknown and should be evaluated by further studies.

Key words: Appendix. Treatment. Appendicitis. Laparoscopy.

Introduction

La première appendicectomie par cœlioscopie a été réalisée par Semm [1] en 1983. L'engouement de la cœlioscopie pour le traitement des appendicites a pourtant été moins important que celui connu par d'autres pathologies et le bénéfice de l'appendicectomie par cœlioscopie demeure toujours un sujet de controverse. Le but de ce travail était d'évaluer le bénéfice l'appendicectomie par cœlioscopie chez l'adulte par une analyse de la littérature.

Généralités

De nombreuses études ont comparé l'appendicectomie par cœlioscopie par rapport à l'appendicectomie par laparotomie. La technique d'appendicectomie par cœlioscopie était semblable dans la plupart des études, réalisée généralement avec 3 trocarts. La base appendiculaire était le plus souvent liée, parfois sectionnée à l'aide d'une pince mécanique. Le matériel de cœlioscopie était réutilisable ou non. Les critères d'évaluation étaient semblables dans la majorité des études mais la définition de ces critères pouvait différer. Les principaux biais des études randomisées étaient l'absence de définition commune des appendicites compliquées, l'étude de populations souvent hétérogènes et l'absence de définition précise de critères d'exclusion parfois établis sur la volonté du chirurgien ou sur l'heure d'admission du malade. L'effectif des études randomisées était généralement faible. Les études en intention de traiter étaient rares. Les malades dont l'appendicectomie était débutée en cœlioscopie mais qui nécessitait une conversion en laparotomie, étaient exclus de l'étude ou étudiés séparément, rarement analysés en intention de traiter. Certaines études ont exclu les malades qui avaient une appendicite compliquée définie généralement par une appendicite perforée

ou gangrenée. L'ensemble des études randomisées forme donc un groupe hétérogène et le niveau de preuve fourni par ces études est souvent insuffisant.

Neuf méta-analyses comparant la coelioscopie à la laparotomie pour le traitement des appendicites ont été publiées depuis 1998. Huit de ces méta-analyses [2-9] regroupant entre 8 et 54 études pour un total de 907 à plus de 5 000 malades ont été retenues. Une méta-analyse a été publiée en 1998 et réactualisée en 2005 [2]. Les études ayant inclus uniquement des séries pédiatriques ont été exclues. Certaines méta-analyses ont inclus des études qui ont évalué l'appendicectomie par coelioscopie par rapport à l'appendicectomie par laparotomie mais également des études qui ont évalué le bénéfice diagnostique de la coelioscopie suivie, en cas d'appendicite, par une appendicectomie par laparotomie ou par coelioscopie.

Durée opératoire et durée d'anesthésie

La durée opératoire est plus longue de 12 à 18 min pour les malades ayant une appendicectomie par coelioscopie dans toutes les méta-analyses. L'hétérogénéité de la durée opératoire est cependant élevée, notamment pour les malades opérés par coelioscopie. La durée moyenne de l'appendicectomie par coelioscopie varie de 35 min [10] à 102 min [11]. Elle semble moins importante dans les études les plus récentes probablement du fait de l'expérience accrue des équipes chirurgicales. La durée de l'anesthésie est comme la durée d'intervention, plus longue pour les malades ayant une appendicectomie par coelioscopie que pour les malades ayant une appendicectomie par laparotomie [2, 3, 7].

Complications infectieuses

Toutes les méta-analyses ont évalué les suppurations postopératoires. Les abcès de paroi sont plus rares pour les malades qui ont eu une appendicectomie par coelioscopie [2-9] alors que la fréquence des abcès profonds est semblable [3, 6-9] ou plus importante après coelioscopie [2, 4]. Le taux d'abcès profond est 2,5 fois plus important (Odds ratio 2,48 et 2,77, intervalle de confiance 95 % ; 1,45-4,21 et 1,61-4,77) dans le groupe coelio-

scopie que dans le groupe laparotomie dans les 2 méta-analyses ayant inclus plus de 4 000 malades. Ce risque accru d'abcès profonds pour les malades opérés par coelioscopie n'est pas retrouvé dans une méta-analyse récente comportant près de 6 500 malades issus de séries pédiatriques [12]. Malgré un risque parfois accru d'abcès profonds, les auteurs des méta-analyses recommandent l'appendicectomie par coelioscopie pour les appendicites non compliquées, soulignant la qualité modérée de la majorité des études publiées et l'absence de définition précise des appendicites compliquées.

Seulement 2 études randomisées, analysées en intention de traiter, ont inclus plus de 500 malades [13, 14]. Dans l'étude de Perderson *et al.* [14] malgré la randomisation le nombre d'appendicites compliquées était plus important dans le groupe des malades opérés par coelioscopie que dans le groupe des malades opérés par laparotomie ($n = 130$ versus $n = 100$, $p < 0,001$). Les abcès profonds étaient plus fréquents dans le groupe des malades ayant une appendicectomie par coelioscopie (4,6 % versus 1,0 %, $p < 0,03$) mais la différence n'était plus significative après ajustement du nombre d'appendicites compliquées dans les 2 groupes de malades. Dans l'étude de Hellberg *et al.* [13] le taux d'abcès profond était semblable dans les 2 groupes (5/244 versus 3/256, $p > 0,05$) même si un risque d'erreur β négligeant une différence du fait d'un échantillon de taille insuffisante est possible. Dans ces 2 études [13, 14] le taux de conversion pour les malades ayant une appendicite compliquée était plus important que le taux de conversion global. Le taux élevé de conversion en cas d'appendicite compliquée reflète des difficultés opératoires secondaires à l'état inflammatoire de l'appendice qui pourraient favoriser le développement d'un abcès profond [14].

Dans une étude rétrospective de plus de 1 100 malades, dont 299 avaient une appendicite compliquée [15] le taux de morbidité était plus élevé dans le groupe de malades opérés d'une d'appendicite compliquée que dans le groupe de malades opérés d'une appendicite aiguë non compliquée ($p < 0,005$). Le risque infectieux était indépendant de la voie d'abord coelioscopie ou laparotomie. La fréquence des complications pariétales était moindre pour les mala-

des opérés par coelioscopie (6 % versus 18,3 %, $p < 0,003$) alors que la fréquence des abcès profonds était semblable dans les 2 groupes coelioscopie et laparotomie (4,1 % versus 4,9 %). Le risque était corrélé à l'existence d'une appendicite perforée ou gangrenée et non à la voie d'abord [15].

La durée d'intervention plus longue pour la coelioscopie, l'augmentation de la pression intra-abdominale due au pneumopéritoine qui s'accompagne d'une diminution du flux sanguin mésentérique supérieur notamment portal [16] et le rôle du dioxyde de carbone sur la croissance et la translocation bactérienne demeurent un sujet de controverse [17-20]. Le risque d'abcès profond en fonction de la pression d'insufflation et de la réalisation ou non d'une toilette péritonéale par irrigation n'a jamais été étudié.

Le risque d'abcès profond imputable à la coelioscopie est donc encore mal apprécié et devra être précisément évalué. Ce risque ne devra par être supérieur à celui observé en laparotomie avant de pouvoir recommander l'appendicectomie par coelioscopie.

Douleur postopératoire

Dans les études randomisées l'évaluation de la douleur était réalisée à l'aide d'une échelle visuelle analogique ou par la consommation d'antalgiques. Cette évaluation reste subjective et peut être influencée par des facteurs sociaux, économiques et culturels. Malgré le caractère hétérogène des différentes études, la douleur postopératoire est moins importante pour les malades ayant eu une appendicectomie par coelioscopie [2, 4, 7-9]. À J1, l'intensité de la douleur est diminuée de 8 à 12 mm sur une échelle visuelle analogique de 100 mm [2, 4, 7]. La quantité d'antalgiques et la durée de l'analgésie est également moins importante [2, 4].

Le bénéfice de la coelioscopie persiste dans quelques études au 7^e jour [13, 21] et au 14^e jour postopératoire [13, 22]. Il n'a cependant pas été retrouvé dans 2 études randomisées récentes réalisées en double-aveugle [23, 24], suggérant que le bénéfice de la coelioscopie dans les études précédentes en terme de douleur postopératoire pouvait être lié à l'utilisation d'une technique moderne par rapport

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296820>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296820>

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