



ARTICLE ORIGINAL / *Digestif*

## Valeur diagnostique des signes échographiques indirects au cours des appendicites aiguës de l'adulte<sup>☆</sup>

N. Kouamé<sup>a,\*</sup>, A.M. N'Goan-Domoua<sup>a</sup>, K.J. N'dri<sup>b</sup>,  
A.N. Konan<sup>a</sup>, M.F. Yao-Bathaix<sup>c</sup>, R.D. N'gbesso<sup>a</sup>,  
A.K. Kéita<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de radiologie, CHU de Yopougon, 21, BP 632, Abidjan 21, Côte d'Ivoire

<sup>b</sup> Service de chirurgie digestive, CHU de Treichville, BP V3 Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>c</sup> Service d'hépatologie et de gastro-entérologie, CHU de Yopougon, 21, BP 632, Abidjan 21, Côte d'Ivoire

### MOTS CLÉS

Appendicite ;  
Échographie  
abdominale ;  
Douleur abdominale ;  
Urgences  
abdominales de  
l'adulte

### Résumé

**Objectif.** – Évaluer la valeur diagnostic des signes échographiques « indirects » au cours de l'appendicite aiguë.

**Patients et méthode.** – Notre étude rétrospective a duré cinq ans, de mai 2005 à avril 2010. Elle a concerné 620 cas d'appendicectomie réalisés après une échographie préalable de la fosse iliaque droite (FID). Dans 448 cas, l'appendice était individualisé et inflammatoire à l'échographie. L'échographie avait conclu à la « présence de signes indirects d'inflammation appendiculaire sans visualisation de l'appendice » dans 160 cas. Dans 12 cas, l'appendice n'était pas visualisé et il n'y avait aucun signe indirect à l'échographie. Ces signes indirects étaient l'hypertrophie de la graisse péritonéale (HGP), la douleur provoquée à l'exploration appuyée de la FID (DP) et l'hypocinésie localisée des anses digestives (HLA). Nous avons confronté les résultats retrouvés à l'échographie avec les comptes rendus opératoires et anatomo-pathologiques. **Résultats.** – La valeur prédictive positive des signes indirects d'appendicite à l'échographie était de 95,8% pour l'association des trois signes indirects, de 87,5% pour l'association de la DP et de l'HGP, de 45,8% pour l'association de la DP et de l'HLA et 25% en cas de présence de DP. La valeur prédictive négative des signes indirects d'appendicite à l'échographie est de 57,2% pour l'association des trois signes, de 65,9% pour l'association DP + HGP et de 60,7% pour l'association DP + HLA et de 83,3% pour la DP. La sensibilité des signes indirects est de 83,9% pour l'association des trois signes, de 31,8% pour l'association de la DP et de l'HGP, de 50% pour l'association de la DP et de l'HLA et de 50% en cas de DP. La spécificité des signes indirects est

DOI de l'article original : [10.1016/j.diii.2011.12.008](https://doi.org/10.1016/j.diii.2011.12.008).

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [kngoran@yahoo.fr](mailto:kngoran@yahoo.fr) (N. Kouamé).

de 85,7% pour l'association des trois signes, de 96,7% pour l'association de la DP et de l'HGP, de 56,7% pour l'association de la DP et de l'HLA et de 62,5% en cas de DP.

**Conclusion.** — Lorsque la tomodensitométrie ne peut être réalisée et que l'appendice n'est pas visualisé à l'échographie, les signes indirects échographiques doivent être recherchés de façon systématique surtout dans les populations à forte prévalence d'appendicite.

© 2012 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'appendicite aiguë se définit comme une inflammation de l'appendice évoluant depuis moins d'une semaine. C'est une affection très fréquente dont le traitement nécessite une intervention chirurgicale par laparotomie ou par cœlioscopie [1–3]. Son pronostic est habituellement favorable. Mais il peut se greffer de nombreuses complications si le traitement n'est pas fait dans les meilleurs délais. D'où l'intérêt du diagnostic précoce de cette affection. Longtemps basé sur la clinique, le diagnostic de l'appendicite a été remis en question à cause des nombreuses laparotomies blanches mais surtout du fait de l'évolution des techniques d'imagerie [1,3]. Aujourd'hui, l'imagerie occupe une place prépondérante dans la prise en charge de l'appendicite. Elle a pour objectif de faire le diagnostic positif et topographique de cette affection. Elle intervient également dans le bilan d'opérabilité de l'appendicite, en recherchant les signes de complications. Le protocole du diagnostic en imagerie de l'appendicite est bien précis. Il s'agit de visualiser l'appendice et de mesurer son diamètre maximal externe ou l'épaisseur de sa paroi [4]. Le premier moyen d'imagerie est l'échographie. Lorsque l'échographie n'est pas contributive, la tomodensitométrie (TDM) sera demandée [1,5]. Cette dernière est source d'irradiation et doit être réalisée avec beaucoup de réserve chez la femme enceinte et les enfants. Dans les pays en voie de développement, la TDM est très coûteuse et n'est pas souvent disponible en urgence. L'échographie demeure donc le seul moyen d'imagerie disponible et totalement effectif pour le diagnostic de l'appendicite aiguë. Lorsque l'appendice inflammatoire n'est pas visualisé à l'échographie, certains signes dits indirects [6] peuvent être pris en compte pour suggérer le diagnostic. Ces signes sont la douleur exquise en bout de sonde à l'exploration de la fosse iliaque droite (FID), l'hypertrophie de la graisse péritonéale (HGP) et la diminution localisée du péristaltisme intestinal. Notre étude se propose d'évaluer la valeur diagnostic de ces signes échographiques dits « indirects » au cours de l'appendicite aiguë non compliquée.

## Patients et méthode

Notre étude rétrospective a duré cinq ans. Elle a été effectuée aux centres hospitalo-universitaires (CHU) de Yopougon et de Treichville (Abidjan-Côte d'Ivoire) de mai 2005 à avril 2010. Elle a concerné tous les patients qui ont eu une appendicectomie après une échographie préalable de la FID pendant la période de l'étude. Les patients inclus devaient avoir :

- été opérés pour motif d'appendicite non compliquée ;

- un compte rendu opératoire et un examen anatomopathologique complet ;
- un compte rendu échographique bien détaillé ; précisant la visualisation ou non de l'appendice, sa topographie, son diamètre maximal externe ainsi que l'environnement péri-appendiculaire. En cas de non-visualisation de l'appendice, la recherche des signes dits indirects devrait être mentionnée. Ces signes indirects étaient l'HGP, la douleur provoquée à l'exploration appuyée de la FID (DP) et l'hypocinésie localisée des anses digestives (HLA).

Étaient exclus les patients :

- souffrant d'appendicite compliquée (plastron, abcès ou perforation) de découverte échographique ou peropératoire ;
- dont l'appendice était en situation sous-hépatique ou en situs inversus ;
- dont les comptes rendus opératoires, anatomopathologique et ou échographiques étaient absents ou incomplets.

Les échographies ont été réalisées, par des médecins séniors, à l'aide d'appareils de la firme General Electric de marque Logic 200 et 500. Ces appareils étaient munis de deux sondes de basse (3,5 à 5 Mhz) et de haute (7,5 à 11 Mhz) fréquences. Les examens ont consisté d'abord, en l'analyse de tout l'abdomen à l'aide de la sonde de basse fréquence. Puis un accent particulier a été mis sur l'exploration de la FID à l'aide des deux sondes. La recherche de l'appendice a été faite en utilisant la méthode de compression graduelle de Puylaert [7]. Lorsque l'appendice était retrouvé, la mensuration de son diamètre maximal externe [4] était systématique. Ensuite l'examen échographique consistait en l'exploration de l'environnement péri-appendiculaire par l'appréciation de la graisse péri-appendiculaire, la mobilité des anses digestives et la recherche d'éventuelles complications (épanchement liquidien intra-péritonéal, collection abcédée (Fig. 1)) ou une douleur élective en bout de sonde. Il était conclu à l'appendicite aiguë lorsque le diamètre maximal externe de l'appendice était supérieure ou égale à 6 mm et que l'appendice était douloureux et incompressible associé à une hypertrophie de la graisse péri-appendiculaire (Fig. 2). En l'absence de visualisation de l'appendice, lorsqu'il était constaté une douleur élective de la FID au passage de la sonde échographique, une diminution du péristaltisme digestif et/ou un épaississement de la graisse péri-appendiculaire, la conclusion de « présence de signes indirects d'appendicite » était retenue.

Toutes les appendicectomies ont été réalisées par laparotomie avec une incision au point de MacBurney. La décision chirurgicale dépendait uniquement du chirurgien et ne tenait pas toujours compte du résultat de l'échographie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663659>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663659>

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