

H.U.B

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



L'appendicite aigue

Service de chirurgie pédiatrique



L'appendicite aigue

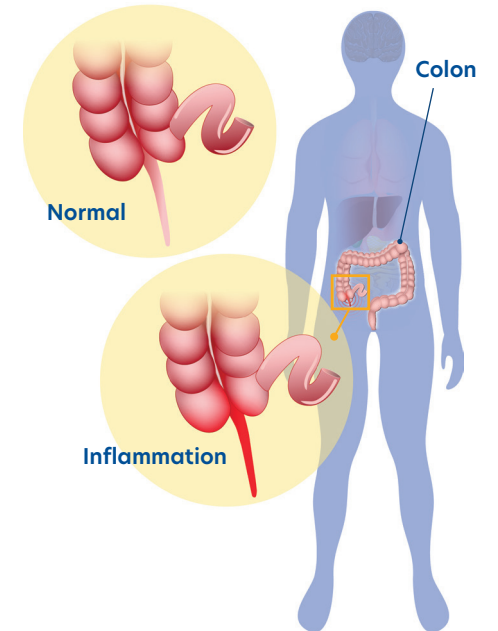
Ceci est une brochure d'information et donne des informations générales. Des circonstances particulières peuvent conduire à une approche ou un traitement différent. Pour toute question, vous pouvez toujours contacter votre médecin ou un chirurgien pédiatrique.

Chers parents

Notre souci majeur, au travers de ce document, est de vous expliquer ainsi qu'à votre enfant ce qu'est l'appendicite aigue, son traitement et ses complications éventuelles.

QU'EST-CE QUE L'APPENDICITE AIGUE ?

L'appendicite aigue résulte d'une **inflammation aigue de l'appendice**, petit diverticule situé à la jonction du petit et du gros intestin.



selles dures



corps étranger



parasites

Cette inflammation résulte, pour 60 % des cas, d'une obstruction de la lumière appendiculaire, due à la présence d'un stercolite (selles dures), corps étranger (noyau de fruit), parasites (oxyures), tumeur (tumeur carcinoïde), hyperplasie des follicules lymphoïdes (au cours d'une virose, angine). Ceci entraîne une stase et une surinfection.

EST-CE FRÉQUENT ?

Exceptionnelle avant l'âge de un an, possible chez l'enfant de moins de 5 ans (15%), fréquente au-delà de 6 ans, elle intéresse les pédiatres, médecins généralistes, radiologues, chirurgiens pédiatriques et généraux.

Dans certains cas, affection dont il est urgent de faire le diagnostic car il existe **plusieurs stades de gravité croissante** :

► Appendicite aigue simple :

1. Appendice hyperhémie = lésion inflammatoire de la muqueuse
2. Appendice recouvert de fausses membranes, phlegmoneux, non perforé, avec peu ou pas de liquide libre dans la cavité abdominale

► Appendicite aigue compliquée :

3. Abscess appendiculaire cloisonné en FID ou pelvien, témoin d'une inflammation transmurale avec perforation couverte (plastron, péritonite localisée)
4. Péritonite généralisée à tout l'abdomen, présence de pus libre dans la cavité abdominale et appendice perforé

QUELS SONT LES SIGNES CLINIQUES TYPQUES DE L'APPENDICITE AIGUE ?

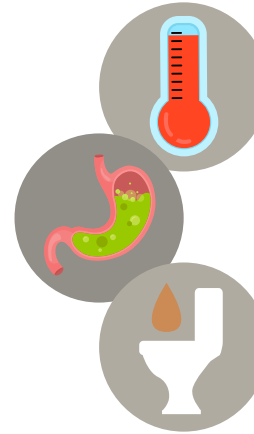


La douleur se situe classiquement au niveau de la fosse iliaque droite mais elle peut avoir d'autres localisations (rétro caecale, pelvienne, sous-hépatique) en fonction de la situation de l'appendice. Au début, elle s'apparente à une crampe, puis elle **augmente progressivement**. La fièvre est peu élevée (38°). Des nausées, des vomissements parfois de la diarrhée sont observés chez le jeune enfant.

L'abdomen se contracte, apparait une **défense** localisée à droite (ou généralisée à tout l'abdomen en cas de péritonite avec perforation de l'appendice).

Signes cliniques atténués chez les enfants recevant des antibiotiques et chez les enfants immunodéprimés.

PARTICULARITÉS DU JEUNE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS.



La température est **> 38°** (50-70%), les **vomissements sont fréquents** (80%) ainsi que la **diarrhée** (>50%) : ces symptômes sont un **piège redoutable** qui peut conduire à un diagnostic erroné de gastroentérite !

L'irritation péritonéale est difficile à détecter du fait des pleurs et de l'absence de musculature abdominale → Evolution préopératoire plus longue → Taux élevé d'appendicite aigue compliquée dans cette tranche d'âge → Risque accru de péritonite généralisée, choc septique avec altération de l'état général.

Si votre enfant présente ces signes cliniques, il faut consulter un médecin ou se présenter aux urgences de l'hôpital !

PASSAGE AUX URGENCES

Le **médecin** examine votre enfant, il vous pose quelques questions afin d'orienter le diagnostic. Il demande une prise de sang, une culture d'urines et une échographie.

Une **infirmière** contrôle son pouls, sa tension artérielle, prend sa température et son poids. Elle applique une crème anesthésiante (EMLA) afin de pouvoir réaliser la prise de sang demandée par les médecins, laisse un cathéter en place pour y brancher la perfusion car **votre enfant doit rester à jeun** jusqu'à l'obtention des résultats. Elle contrôle sa douleur et lui administre la dose adéquate d'antidouleurs afin d'assurer son confort. Elle lui met en place un **bracelet d'identification** au poignet (ou cheville).

Si la prise de sang révèle une infection (augmentation des globules blancs et de la CRP) **et si l'échographie confirme le diagnostic d'appendicite aigue** (augmentation de la taille de l'appendice, présence d'un abcès appendiculaire ou signes de perforation de l'appendice avec présence de pus dans le ventre), **le chirurgien vient vous annoncer qu'il est nécessaire d'opérer votre enfant pour enlever l'appendice**, il prévient l'anesthésiste et l'infirmière : soit il est opéré rapidement soit il est hospitalisé quelques heures en salle avant son opération.

L'**infirmière** qui s'occupe de votre enfant, le prépare pour la salle d'opération, fait sa toilette et lui met une blouse adéquate.

La **secrétaire** enregistre l'admission de votre enfant, prévient la monitrice, rassemble tous les éléments du dossier et vous remet le permis d'endormir et d'opérer à signer.

VERS LE QUARTIER OPÉRATOIRE

Avant d'entrer en salle d'opération, votre enfant est accueilli par une **infirmière**, elle vous explique qu'elle va lui administrer la prémédication prescrite par l'anesthésiste afin que votre enfant se détende, elle vérifie le dossier, vous pose **quelques questions de sécurité** en présence du chirurgien et de l'anesthésiste.

Votre enfant est emmené en salle d'opération où il est endormi par l'**anesthésiste** et opéré par le **chirurgien**.

L'**appendicectomie** est pratiquée sous anesthésie générale. 1 à 3 petites incisions sont réalisées dans la paroi abdominale pour l'appendicectomie par **laparoscopie** : une caméra vidéo est insérée par l'une des incisions, cela permet de regarder les images sur écran et de contrôler les gestes. L'appendice est enlevé. L'intervention dure de 30 minutes à 2 heures. Dans de rares cas, le chirurgien peut décider de convertir en laparotomie (faire une incision plus large). **Si une perforation de l'appendice est présente lors de l'intervention réalisée en urgence, un drain est souvent laissé en place et les antibiotiques maintenus durant plusieurs jours.**

Dès que l'intervention est terminée, votre enfant est réveillé et rejoint la salle de réveil. Une **infirmière** vérifie alors ses paramètres, contrôle sa douleur et appelle les parents. Le **chirurgien** vous explique ce qui s'est passé durant l'intervention, il vous rassure.

Après 1 ou 2 heures d'observation, l'**anesthésiste** autorise le transfert de votre enfant vers la salle d'hospitalisation pour la suite de son traitement.

EN SALLE D'HOSPITALISATION

Votre enfant est installé confortablement par son **infirmière**, il reçoit des médicaments pour ne pas avoir mal, un peu d'eau à boire et éventuellement quelques biscottes.

Le lendemain, jour 1, **l'équipe médicale** examine votre enfant, autorise sa réalimentation selon la clinique.

En cas d'**appendicite aigue simple**, si tout va bien, il quitte le service au 2^e jour.

En cas d'appendicite aigue (phlegmoneuse, non perforée) **nécessitant la poursuite des antibiotiques** par la veine, une prise de sang de contrôle est réalisée après avoir reçu 8 doses d'antibiotiques. Si ces résultats démontrent la persistance d'une inflammation, les antibiotiques sont maintenus et un contrôle sanguin est réalisé 1x/j jusqu'à normalisation des résultats avant le retour au domicile.

En cas d'appendicite aigue perforée nécessitant la poursuite des antibiotiques par la veine, une prise de sang de contrôle est réalisée aux 3^e, 6^e et 9^e jours post opératoires jusqu'à normalisation des résultats avant le retour au domicile. Le drain est mobilisé après avis du chirurgien.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Un abcès profond ou de paroi peut être observés après une péritonite. Une occlusion intestinale est exceptionnelle mais peut arriver même après la sortie de l'hôpital.

A LA SORTIE DE L'HÔPITAL

Les documents sont remis aux parents :

- ▶ certificats pour l'école et le sport
- ▶ documents d'assurance
- ▶ prescription des antidouleurs
- ▶ rapport d'hospitalisation au médecin traitant
- ▶ rendez-vous à la consultation de chirurgie pour la semaine suivante

A la maison :

- ▶ pas de sport durant 2 à 3 semaines
- ▶ alimentation normale, pas de régime
- ▶ douche, pas de bain
- ▶ antidouleurs selon besoin

Service de chirurgie pédiatrique

Prof. H. STEYAERT, chef de service,

**Drs. M. DASSONVILLE, K. KHELIF,
A. POUPALOU, H. REUSENS,
G. RODESCH, E. VAN DER VEKEN,
C. ZAMFIR.**



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Hôpital
Erasmé



Hôpital Universitaire
des Enfants Reine Fabiola
Universitair Kinderziekenhuis
Koninklijke Fabiola

Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola
Avenue Jean-Joseph Crocq 15 – 1020 Bruxelles
T +32 (0)2 477 33 11 – **M** communication@hubruxelles.be

www.hud erf.be