

**APPENDICITES AIGUES****Objectifs pédagogiques :**

1. Diagnostiquer une appendicite aigue chez l'adulte
2. Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge

**PLAN**

- Généralités/ Définitions
- Intérêt De La Question
- Rappel Anatomique
- Anatomopathologie/Physiopathologie
- Examen Clinique
- Examens Complémentaires
- Formes Cliniques
- Diagnostiques Différentiels
- Le Pronostique
- Le Traitement
- Conclusion
- Références

A- Définition : désigne aussi bien un simple état inflammatoire de l'appendice, qu'un abcès, une gangrène voire une perforation, autant d'états pathologiques dont la gravité n'est pas comparable.

B- Intérêts de la question :

- . Affection la plus fréquente des urgences abdominales,
- . Le diagnostic de l'appendicite aiguë est purement clinique,
- . Caractérisées par un polymorphisme clinique et l'absence de parallélisme anatomo-clinique,
- . Le traitement chirurgical est urgent compte tenu d'une évolution imprévisible,
- . Malgré les progrès de la chirurgie et de la réanimation, l'app- aiguë peut encore tuer de nos jours.

C- Anatomie :

1- De forme vermiculaire,

- . Mesure en moyenne 8 à 10 cm de long / 4 à 8 mm de diamètre,
- . Vx de type terminale : l'artère appendiculaire, branche de l'artère ileo-coeco-colo-appendiculaire,
- . Base d'implantation constante: située à la réunion des 3 bandelettes coliques, environ à 2 cm sous la jonction iléo-coecale.

2- Variations :

a -Variations de la taille :

- \* élargissements de la base d'implantation chez le nouveau-né donnant un aspect pyramidal,
- \* appendice plus large que long,
- \* hypoplasie ou agénésie de l'appendice,
- \* duplication voire triplication de l'appendice
- \* existence de diverticules congénitaux de l'appendice.

b-Variations de position : secondaires ;

- \* soit à une migration anormale du caecum lors de sa rotation embryologique ;
- .appendice sous hépatique,
- .appendice pelvien,
- . Situs inversus voire appendice dans la FIG ;

- \* soit à la variation de la direction de l'appendice /caecum situé en position normale ;
- .appendice latéro-caecal (interne ou externe)
- .appendice meso-coeliaque (sus ou sous iléal)
- .appendice pelvien,
- .appendice rétro-caecal (intra ou extra péritonéal).

#### D- Physiopathologie :

##### 1- Mécanismes de défense de l'appendice contre l'infection :

- la couche musculuse, évacue le contenu appendiculaire vers la lumière colique par péristaltisme,
- la sous muqueuse : riche en tissu lymphoïde :les cellules renferment des Ig qui activent la résorption des microbes qui traversent la muqueuse,
- la muqueuse : épithélium à renouvellement rapide et périodique.

##### 2- L'infection de l'appendice se fait :

- a - habituellement par voie endogène, secondaire à l'obstruction de l'appendice par :
  - .. une hyperplasie lymphoïde réalisant un rétrécissement voire déchirure de la muqueuse ;
  - .. un stercolithe ;
  - .. un corps étranger ;
  - .. un bouchon muqueux par une sécrétion appendiculaire anormale ;
  - .. une hypertrophie de la paroi rencontrée dans les colites inflammatoires, ( maladie de Crohn );
  - .. un parasite : Enterobius vermicularis, responsable de 3% des appendicites aiguës, Les Ascaris.
- b- Exceptionnellement par voie hématogène.

#### E- Anatomopathologie :

- 1- Histologie normale : la paroi de l'appendice est constituée de dehors en dedans par :
  - . Une séreuse péritonéale,
  - . Une musculuse : longitudinale externe, circulaire interne.
  - . Une sous muqueuse, renfermant des organes lymphoïdes.
  - . Une muqueuse.

##### 2- Histopathologie :

##### a- Lésions inflammatoires non spécifiques :

##### --> Appendicite aiguë : sous divers formes :

- \* Appendicite catarrhale ou endoappendicite : appendice hyperhémie avec accentuation de la vascularisation de la sous séreuse,
- \* Appendicite ulcéreuse et suppurée : appendice rouge, oedematié avec parfois fausses membranes,
- \* Appendicite abcédée : appendice en «battant de cloche» lorsque la suppuration siège à la pointe,
- \* Appendicite gangreneuse : l'appendice a un aspect verdâtre avec des plages de nécrose,
- \* Appendicite phlegmoneuse : rare, avec nécrose suppurée diffuse transpariétale.

##### -->Appendicite chronique : par involution de l'appendice du sujet âgé :

- \*Appendicite chronique atrophique :atrophie muqueuse avec hypertrophie pariétale sous muqueuse,
- \*Appendicite chronique oblitérante : disparition de la lumière appendiculaire avec musculuse normale, parfois hypertrophique (appendice neurogène de Masson par hypertrophie des fibres nerveuses de la lumière).

##### --> Appendicites dites saines : diagnostic moléculaire

L'étude moléculaire des pièces d'appendicectomie réalisées pour Syndrome appendiculaire et avérées saines à l'histologie a révélée Une accentuation de l'expression de l'acide ribonucléique [ARN] messenger du TNF alpha et des IL 2, de la PGP9 9,5 (protéine gène product).

##### b- Lésions inflammatoires spécifiques :

##### --> Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : sous forme de :

- Granulomes épithélioides et gigantocellulaires nécrosants ou non au cours :
  - . De la tuberculose,la maladie de crohn, les yersinioses et la sarcoidose.et lésions de RCUH.

##### --> Certaines affections bactériennes et parasitaires :

- Présence d'actinomyces dans la lumière appendiculaire,
- Ulcérations centrées sur les îlots lymphoïdes au cours de la fièvre typhoïde,
- > Affections virales :
- la rougeole : cellules géantes multinuclées de type Warthin Finkldley
- la MNI : hyperplasie lymphoïde et prolifération immunoblastique ressemblant à des cellules de Reed Sternberg

#### F- Diagnostic :

1- Clinique : polymorphisme clinique, absence de parallélisme anatomo-clinique, Henri Mondor disait « les appendicites » et non « l'appendicite ».

TDD : l'appendicite aiguë de l'adulte en position « latéro-caecale »

#### a-Signes fonctionnels :

##### - la douleur :

- . constante classiquement au point de « Mac Burney »,
- . débute le plus souvent dans la FID parfois épigastrique
- . évolue sur un mode continu,
- . les irradiations sont exceptionnelles,
- . exacerbée par la toux ou l'inspiration profonde,
- . elle s'aggrave dans délais < ou = à 24 h dans 50% des cas,
- . une régression de la douleur ne doit pas réfuter le diagnostic d'appendicite

##### - les vomissements :

- . alimentaires sont associés dans 30% des cas,
- . parfois remplacés par un état nauséeux.

##### - les troubles du transit : a type de constipation dans 10% des cas ou diarrhée chez l'enfant

.

#### b-Signes généraux :

- la fièvre : à 37,5° ou 38° dans 50% des cas,
- le pouls : accéléré de façon régulière et modérée en rapport avec la température,
- longue saburrale : dans 30% des cas.

#### c-Signes physiques : 3 signes essentiels :

##### - la douleur provoquée : élément très important au diagnostic :

- .. à la palpation de la FID ,
- .. à la décompression de la FID « signe de Blomberg »,
- .. à la décompression de la FIG « signe de Rovsing » ;
- > et son absence n'élimine pas le diagnostic d'appendicite rétro-caecale ou pelvienne.

##### - la défense pariétale :

##### - la douleur provoquée au toucher rectal et/ou vaginal :

- . qui réveille une douleur latéro-rectale droite et/ou médiane « cul de sac de Douglas »
- . son absence n'élimine pas le diagnostic.

2- Examens complémentaires : le dgc est clinique ; les EC sont à réaliser dans les formes atypiques.

#### a- Biologie :

\* FNS : hyperleucocytose > à 10000/mm<sup>3</sup> à PN neutrophile dans 75% des cas ; sensible dans 80 à 85% des cas ; peu spécifique ( processus inflammatoire sans préjuger de sa nature).

\* dosage de la CRP : peut aider au diagnostic avec ; une sensibilité de 93% des cas et une spécificité de 80% des cas.

le dosage est dans les limites de la normale dans 3% des cas.

La valeur prédictive négative dans le diagnostic d'appendicite aiguë est de 100%

En l'absence d'augmentation de la CRP et d'hyperleucocytose à PN neutrophile

#### b- ASP : inutile dans les formes typiques de diagnostic clinique ; signes non spécifiques

- . un iléus paralytique de l'iléon distal et/ou du colon ascendant ;
- . un iléus diffus en présence d'une appendicite meso-caelique ;
- . un ou deux NHA de la FID (gros niveau large = caecum petit niveau = iléon terminal) ;
- . une grisaille de la FID;

- . stercolithe de la FID (aurait une grande spécificité).
- c- Echographie de la FID : peut aider au diagnostic dans les cas douteux ;
- .sensibilité de 75 à 90% et spécificité de 85 à 100%,fonction de l'expérience de l'opérateur.

**Critères diagnostic :**

**\* Critères majeurs :**

- un diamètre > à 8mm ;
- une image en « cocarde » à 5 couches à la coupe ;
- l'existence d'un abcès appendiculaire ou
- la présence d'un stercolithe.

**\* Critères mineurs :** l'aspect en couches en coupes longitudinale ;

- L'existence de liquide intra péritonéal ;
- La présence d'un épanchement péri appendiculaire.

- d-TDM hélicoïdale : peut être réalisée dans les dgc difficiles (scanner hélicoïdal en coupes fines)
- valeur prédictive de plus de 98% ;
  - évite une appendicectomie inutile dans 13% des cas et une hospitalisation inutile dans 18% des cas ;
  - permet un autre diagnostic que celui d'appendicite aiguë dans 11% des cas :
    - . permet de différencier un plastron d'un abcès appendiculaire ;
    - . une maladie de Crohn compliquée ;
    - . un adénocarcinome du colon droit ;
    - . voire une pyélonéphrite droite ou diverticulite du colon gauche.

3° formes cliniques :

a-Formes topographiques :

--> Appendicite pelvienne :

\* la douleur siège dans la région hypogastrique associée à des signes d'irritation pelvienne :troubles urinaires (dysurie et pollakiurie) et rectaux moins marqués ( faux besoins, ténésme ou diarrhée ).

\*diagnostic différentiel :

- . salpingite, pyosalpinx : chez la femme ;
- . Diverticulite.

\*l'échographie et le scanner sont utiles au diagnostic.

--> Appendicite retro-caecale :

\* les douleurs sont lombaires et peuvent s'accompagner d'un psoitisme, caractérisé par la flexion spontanée de la cuisse dont la mise en extension est douloureuse ;

\*à l'examen : douleur provoquée au-dessus de la crête iliaque, le patient étant en décubitus

latéral gauche ;parfois signes d'irritation nerveuse si appendicite compliquée (nerf crural et nerfs ilio-inguinaux ou ilio-hypogastriques) ;

\*diagnostic différentiel : colique néphrétique ou pyélonéphrite.

--> Appendicite sous hépatique : tableau de cholecystite aiguë ;

\* l'ASP :l'absence de granité caecal dans la FID et sa situation haute permet d'évoquer le dgc ;

\* l'Echo: fait suspecter fortement le dgc en mettant en évidence l'absence de lithiase vésiculaire et d'épaississement de sa paroi.

--> Appendicite meso-caelique : tableau d'occlusion aiguë fébrile de l'intestin grêle.

--> Autres formes :

- \*Appendicite herniaire : simule une hernie étranglée ;
- \*Appendicite à gauche : situs inversus
  - . soit situation connue par le patient ;
  - . soit diagnostiquée par la lecture du téléthorax ou de l'ASP .

b-Formes évolutives :

--> Péritonites localisées :

\*L'abcès appendiculaire :

-Clinique : . douleur de la FID associée à un AMG ;fièvre > à 38,5° dans plus de la ½ des cas ;

à la palpation : douleur de la FID étendue au flanc droit et à la région sous ombilicale ;

- L'ASP : peut visualiser un NHA sur le grêle ;
- Biologie : hyperleucocytose à PN neutrophile > à 15000/mm<sup>3</sup>
- L'échographie et le scanner sont très utiles au diagnostic ;

\*Le plastron appendiculaire :

- Clinique : empatement diffus, étalé en nappe comblant la Paroi réalisant un blindage douloureux et mat à la Percussion, plus ou moins limité ;
- L'échographie et le scanner aident au diagnostic ;
- L'évolution : peut se faire vers la résorption spontanée ou sous traitement, soit vers l'abcédation avec risque de rupture secondaire et péritonite généralisée.

--> Péritonites généralisées : de diagnostic essentiellement clinique

\* Mécanismes : peuvent être secondaires :

- . soit à une perforation de la paroi appendiculaire par nécrose
- . soit par diffusion ou
- . par rupture d'un abcès péri-appendiculaire

\*Clinique :- douleur débutant en FID et diffusant rapidement à tout l'abdomen, parfois douleurs diffuses d'emblée. L'intensité des douleurs augmente avec le temps.

- les signes infectieux généraux sont marqués :
  - . altération du faciès à type de pâleur ou de rougeur des pommettes,
  - . température > à 38,5° ,
- contracture abdominale,
- toucher rectal douloureux à la palpation du CDS de Douglas.

\*Biologie : hyperleucocytose > à 15000/mm<sup>3</sup>.

\*ASP : grisaille diffuse rarement, plus fréquemment NHA du grêle.

c-Formes selon l'âge :

--> Appendicite de l'enfant :

\* affection grave du fait :

- d'un retard diagnostic, erreur aggravée par l'administration d'antibiotiques,
- fréquence des formes graves d'emblée estimées de 20 à 30% examen clinique plus difficile.

\* clinique :

- les douleurs sont plus intenses,
- les signes généraux peuvent être au premier plan avec douleurs discrètes : appendicite dite toxique de «Dieulafoy».

\* examens complémentaires :

- le téléthorax éliminera une pneumopathie de la base droite,
- l'échographie est un examen utile au diagnostic, elle présente une efficacité diagnostic > à celle de l'adulte estimée à 75% et 95% avec une sensibilité de 70 à 95% et une spécificité de 75 à 100%.

--> Appendicite du N.Né et du NRS :

\* l'enfant de moins de 36 mois présente rarement une appendicite,

\* affection grave à cet âge du fait :

- des difficultés diagnostiques ;
- tableau évoque fortement une gastro-entérite fébrile ;
- la prescription d'ATB masque les signes cliniques amenant souvent le diagnostic au stade de péritonite.

--> Appendicite du sujet âgé :

\* 5% des cas après 50 ans,

\* l'appendicite du patient de plus de 50 ans reste une affection grave du fait :

- de la fréquence des pathologies associées (score ASA > à 2) ;
- du retard diagnostic ;
- des aspects cliniques atypiques :
  - .. aspect d'occlusion fébrile ;
  - .. aspect de masse inflammatoire de la FID (appendicite pseudo-Tm) suggérant le dgc de néoplasme du colon droit ;
  - .. l'hyperthermie fait souvent défaut de même que l'hyperleucocytose.

d-Formes selon le terrain :--> Appendicite et Sida :

- diagnostic clinique difficile avec symptomatologie dominée par des signes locaux ;
- dans 80% des cas il s'agit d'appendicites phlegmoneuses, gangreneuses souvent perforées ;
- appendicites souvent d'origine bactériennes dans 75% des cas ;
- les difficultés du dgc, la gravité de la réalisation d'une laparotomie blanche dans ce contexte justifient la réalisation d'un TDM et d'une approche chirurgicale par laparoscopie lors de l'appendicectomie ;
- la morbidité peut atteindre 50% en présence d'un Sida déclaré.

--> Appendicite et grossesse :

- \* Incidence estimée à 1/1000 femmes enceintes ;
- \* diagnostic difficile du fait de la fréquence :
  - élevée des troubles digestifs lors du 1<sup>er</sup> trimestre et
  - des infections urinaires et de la modification des rapports anatomiques lors du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre ;
  - . risque maximal pour le fœtus en cas d'appendicite perforée ;
  - . l'échographie est utile au diagnostic ;
  - . l'appendicectomie comporte un risque réel d'avortement spontanée au 1<sup>er</sup> trimestre ou de prématurité au 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> trimestres ;
  - . la réalisation d'une appendicectomie par cœlioscopie pourrait être une alternative à l'approche chirurgicale classique.

G- Diagnostic différentiel :1° Chez l'enfant : fonction de l'âge--> Enfant entre 3 et 12 ans :a- Adénolymphite mésentérique :

- \* cause la plus fréquente de syndrome pseudo-appendiculaire,
- \* certains éléments cliniques orientent le diagnostic :
  - antécédents récents de rhino-pharyngite ;
  - température > à 39° ;
  - l'absence de défense pariétale ;
  - leucocytose variable dans le temps ;
- \*souvent seule la surveillance clinique en milieu chirurgical permet le diagnostic sur la constatation d'une amélioration et une disparition de la symptomatologie .

b-Les infections urinaires :

- \* ECBU systématique car affection fréquente chez l'enfant,
- \* échographie nécessaire devant une infection urinaire.

c-Une pneumopathie aiguë de la base droite ;

d-Une gastro-entérite aiguë fébrile ;

e-Une diverticulite de Meckel ;

f- Les maladies infectieuses et / ou éruptives :

- . peuvent commencer par une douleur de la FID ;
- . forme pseudo-appendiculaire des hépatites aiguës dans leur Période pré-ictérique ;
- . les méningites virales ou bactériennes ;
- . le purpura rhumatoïde.

g-Les leucémies aiguës.--> Enfant de moins de 3 ans : surtout penser à

- \* Une invagination intestinale aiguë :
  - . diagnostic apporté par l'échographie et / ou lavement baryté ;
  - . clinique : rechercher le boudin d'invagination à la palpation.
- \*Une hernie inguinale étranglée.

--> Enfant de plus de 12 ans : diagnostic différentiel surtout chez la jeune fille, sont évoqués :

Une endométriose ;

Une salpingite ;

L'ovulation.

2° Chez l'adulte :

a-Affections médicales :

- Une crise de colique néphrétique ;
- Une pneumopathie de la base droite ;
- Une fièvre typhoïde :dissociation pouls-température ;FID gargouillante ; température à 40°.
- Une hépatite virale en phase pré-ictérique.

b-Affections gynécologiques :\* Une salpingite :

- . antécédent gynécologiques ;
- . leucorrhée ;
- . douleurs à la mobilisation utérine ;
- . signes pelviens bilatéraux ;
- . intérêt de l'échographie pelvienne.

\*Une torsion de kyste de l'ovaire :

- . douleur latéro-utérine au TV et / ou TR ;
- . l'échographie et / ou cœlioscopie permet le diagnostic ;
- . le traitement est chirurgical.

\*Une GEU :

- . troubles du cycle ;
- . masse latéro-utérine au TV ;
- . dosage du taux de prolans ;
- . l'échographie et / ou cœlioscopie permet le diagnostic ;
- . le traitement est chirurgical.

c-Autres affections digestives :\* Une perforation d'ulcère au début :

- . antécédents de MUGD ;
- . caractères de la douleur ;
- . pneumopéritoine à l'ASP.

\* Une CAL :

- . en cas d'appendicite aiguë sous hépatique ;
- . l'échographie abdominale peut orienter le diagnostic ;

\*Une tuberculose ileo-caecale ;\* Une maladie de Crohn :

- . diarrhée chronique ;
- . transit du grêle et / ou lavement baryté orientent le diagnostic ;
- . le diagnostic est histologique.

\*Une tumeur caecale infectée ;

\*Une tumeur appendiculaire : diagnostic souvent histologique :Carcinoïde, mucocèle.

**I-Traitement** : est urgent et chirurgical1-Buts :

- réaliser l'appendicectomie,
- traiter les lésions associées,
- éviter les complications.

2-Méthodes :a-Traitement médical ? :

- tentatives récentes basées sur une antibiothérapie exclusive,
- les premières études ont montré l'efficacité de l'antibiothérapie isolée dans le traitement de l'appendicite non compliquée avec toutefois un taux très élevé de récidives,
- il n'ya pas de traitement médical à l'heure actuelle de l'appendicite aiguë.
- premier traitement dans le plastron appendiculaire.

b-Traitement chirurgical :

--> Appendicectomie par laparotomie :

a- Voies d'abord :

- \* Incision de Mac Burney (incision oblique de la FID à la réunion du 1/3 ext et des 2/3 int d'une ligne joignant EIAS-ombilic ;
- \* Incision de Jalaguier (incision para-rectale droite) ;
- \* Incision transversale de la FID ;
- \* Incision de Fuller Weir au bord externe des grands droits ;
- \* LMSO dans les formes douteuses ou compliquées.

#### b-Technique :

1<sup>ère</sup> étape : recherche de l'appendice, parfois difficile ;

2<sup>ème</sup> étape : ligature pas à pas du méso-appendiculaire comportant l'artère appendiculaire. Lorsque l'appendice est fixé, la ligature du méso peut être réalisée secondairement après ligature section de la base de l'appendice (appendicectomie rétrograde) ;

3<sup>ème</sup> étape : l'appendicectomie est faite au ras du caecum sur pince de Kocher. La ligature du moignon appendiculaire par transfixiant dit du menier est la plus utilisée.

( la persistance d'un moignon long exposerait au risque «d'appendicite sur moignon » ) ;

- L'enfouissement du moignon par une bourse est actuellement de moins en moins employé du fait du risque septique avec constitution possible d'un abcès intra-mural ;
- Le drainage n'est pas indispensable dans les formes non compliquées.

#### --> Appendicectomie par cœlioscopie :

- 3 trocarts sont utilisés :
  - . un trocart ombilical (trocarts optique ) ;
  - . deux trocarts opérateurs : l'un sus pubien ou en FIG, l'autre en FID ;
- le premier temps est l'exploration de la cavité péritonéale ;
- l'hémostase du méso-appendiculaire se fait par : coagulation mono ou bipolaire ou ligature ou par clips ;
- la ligature – section de la base appendiculaire peut être faite en intra ou extra péritonéal ;
- le lavage – drainage de la cavité abdominale peut être effectué selon la nécessité en fin d'intervention ;
- une conversion s'avère nécessaire dans 5 à 20% des cas du fait :
  - . de la découverte d'une autre pathologie ne pouvant être traitée par cœlioscopie, ou bien
  - . de difficultés opératoires : telles que
    - .. la dissection d'abcès,
    - .. la présence d'adhérences inflammatoires,
    - .. une hémorragie non maîtrisable,
    - .. l'impossibilité de visualiser l'appendice en position ectopique ;

#### 3-Indications :

a- Appendicite aiguë non compliquée : appendicectomie sous cœlioscopie ou laparotomie ?

#### b-Appendicite perforée avec péritonite :

- . voie d'abord médiane large ( LMSO ) ;
- . lavage abondant de la cavité péritonéale ;
- . drainage péritonéal ;
- . fermeture cutanée secondaire ( retardée de 48 heures ) pour diminuer la fréquence des abcès de paroi ;
- . le traitement par voie cœlioscopique des péritonites appendiculaires est possible.

#### c-Abcès appendiculaire :

- . chirurgie :
  - évacuation et drainage de la collection suppurée ;
  - appendicectomie dans le même temps opératoire ou secondairement si sa dissection paraît difficile.
- . une autre alternative :
  - drainage percutané « echoguidé » de la collection abcédée et antibiothérapie ;
  - associée à une appendicectomie 2 à 6 mois plus tard par voie classique ou cœlioscopique.

#### d-Plaстрon appendiculaire :



- . traitement initial par antibiothérapie en milieu chirurgical ;
- . appendicectomie après 3 mois si évolution favorable.

#### 4-Résultats et complications du traitement :

##### a-Suites simples :

- . reprise du transit vers le 3<sup>ème</sup> jour, plus précoce en cas de coelioscopie ;
- . défervescence thermique après 24 à 48 heures ;
- . sortie à la 48<sup>ème</sup> heure en présence d'une appendicite non compliquée ;
- . vers le 5<sup>ème</sup> jour dans les autres cas.

##### b-Morbidité : de l'ordre de 5 à 8%

- . infection de paroi ( 2,5% ) ;
- . rétention et infection urinaire ( 1,2% ) ;
- . les abcès profonds ( 0,4% ) ;
- . les complications pulmonaires infectieuses ( 0,2% ) ;
- . péritonite postopératoire par lâchage de moignon ( 0,1% ) ;
- . le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour :
  - associe : douleurs de la FID,
  - . un arrêt des matières et des gaz,
  - . une hyperthermie et
  - . une sensibilité à la palpation de l'abdomen
- il correspond à une contamination du péritoine par le moignon appendiculaire ;
- . les occlusions postopératoires sur brides ( 1,5% à 15 ans ).

##### c-Mortalité : comprise entre 0,1 et 0,25%

#### **Conclusion :**

- . L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale la plus fréquente,
- . Elle reste de diagnostic préférentiellement clinique,
- . L'imagerie peut être utile dans les formes atypiques et notamment aux deux âges extrêmes de la vie,
- . C'est une affection qui comporte une morbidité et mortalité faibles, sous réserve d'un diagnostic et d'un traitement chirurgical précoce et qui peut être réalisé actuellement par coelioscopie

#### **Références**

- [1] ABRAMSON DJ *Vermiform appendix located within the cecal wall. Anomalies and bizarre locations. Dis. Colon Rectum 1983 ; 26 : 386-389*
- [2] AMAR A, MARRY JP, JOUGON J *coll. Hernie ombilicale et appendicectomie. J. Chir. 1988 ; 125 : 416-418*
- [3] BAGI P, DUEHOLM S, KARSTRUP S *Percutaneous drainage of appendiceal abscess. An alternative to conventional treatment. Dis. Colon Rectum 1987 ; 30 : 532-535*