

LETTRE A L'EDITEUR

LES APPENDICITES ENTRE 60 ET 82 ANS

M. KABA *

RÉSUMÉ

Les appendicites sont rares entre 60 et 82 ans ; leur diagnostic est d'autant plus difficile. La mortalité liée à l'appendicectomie reste très élevée (20%); ceci est dû au fait qu'à cet âge avancé, certaines affections graves en elles mêmes, ajoutent leur effet péjoratif à l'acte chirurgical (Diabète, HTA, Cardiomyopathie, Bloc de Branche gauche...).

Les appendicites sont fréquentes entre 15 et 35 ans, leur fréquence diminue entre 45 et 60 ans pour devenir rares voire exceptionnelles après 60 ans. La baisse de leur fréquence après 60 ans, rend leur diagnostic plus difficile. La difficulté du diagnostic n'est pas liée au fait que les signes cliniques ou paracliniques ont changé à cet âge, mais à la crainte qu'éprouve le clinicien de «passer à côté» d'une affection plus grave (cancer du coecum ou du côlon ascendant, iléite terminale de Crohn, tuberculose du coecum...). L'appendicite apparaît alors comme une affection «trop banale» pour y penser. Ce qui explique la multiplication des explorations para cliniques : échographie abdominale, scanner qui n'apportent malheureusement aucun éclairage particulier quant à la précision du diagnostic, alors que les signes cliniques sont évidents, persistants et même constants, examen après examen jusqu'à l'aggravation subite d'un signe :

- Douleurs abdominales plus fortes,
- Vomissements persistants
- Hyperthermie : T° à 38°C voire plus,
- Syndrome pseudo-occlusif.

Même dans ces conditions, l'esprit du clinicien ne s'accroche pas facilement au diagnostic d'appendicite, ce d'autant que, à cet âge d'autres affections opportunistes interfèrent :

- Infections urinaires microbiennes,
- Bronchite, trachéo-bronchite,
- Entérite, gastro-entérite...

En cas de diarrhée, ou de selles liquides, le diagnostic de

gastro-entérite que viendront confirmer les examens coprologiques (Amibiases, Entérocoques...) sera aisément retenu. Il faudra attendre pour les «cas heureux» l'apparition d'un syndrome occlusif net et franc pour que le chirurgien soit appelé :

- Arrêt des gaz et des matières
- Douleurs abdominales diffuses dont le maximum reste dans la fosse iliaque droite.
- Ballonnement abdominal
- Vomissements persistants et fréquents : d'abord liquide clair, puis bilieux, mais rarement fécaloïde.
- Hyperthermie (T° à 38°C) persistante ; parfois la température est paradoxalement normale.

A ce stade, la radiographie de l'abdomen sans préparation peut mettre en évidence quelques niveaux hydroaériques sur le grêle. Alors le chirurgien sera sollicité. Mais le chirurgien ne pourra pas intervenir avec promptitude du simple fait qu'à cet âge, il existe presque toujours d'autres affections qui risquent de différer ou même de contre-indiquer l'intervention chirurgicale :

- Diabète mal équilibré,
- Cardiomyopathie obstructive peu ou prou importante associée à une hypertension artérielle,
- Troubles du rythme cardiaque à l'électrocardiogramme : très souvent «Bloc de branche gauche complet».
- Rarement, leucopénie et thrombopénie sévères d'origine bactérienne.

Pris séparément, chacune de ses affections est grave en soi et peut rendre le pronostic vital rapidement péjoratif. D'où le dilemme auquel le chirurgien doit faire face : d'une part l'urgence chirurgicale d'une occlusion, de l'autre, la batterie des contre-indications à l'opération. En douze ans, sur 1661 malades opérés pour appendicite, seulement 15 (soit 0,90 %) avaient un âge situé entre 60 et 82 ans.

Autant entre 15 et 35 ans, face à un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, les signes cliniques d'appendicite sont souvent évidents et sans équivoque, l'indication

* Chirurgie Générale et Vasculaire
 Polyclinique Internationale Sainte Anne-Marie (P.I.S.A.M) - 01 BP 1463
 ABIDJAN 01 (Côte d'Ivoire).

opératoire est facile à poser et l'opération réalisée avec un pronostic très favorable (mortalité inférieur à 1%), autant entre 60 et 82 ans, la décision d'opérer n'est pas aisée à prendre. Il faudra presque toujours tenir compte d'autres facteurs : Diabète, Bloc de branche gauche, cardiomyopathie, H.T.A, Insuffisance rénale qui rendent autant péjoratif le pronostic vital. Ainsi sur 15 malades opérés pour appendicite (9 femmes et 6 hommes) dont les âges se situent entre 60 et 82 ans, nous en avons perdu 3 (soit 20%) dont :

- 1 femme de 80 ans après 12 h : Hyperthermie (T° à 38°C - 39°C) persistante + coma.
- 2 hommes de 71 et 75 ans après 24 h : Diabète + HTA + Cardiomyopathie.

Les 12 autres ont bien cicatrisé, le transit a repris normalement et s'ils avaient des activités surtout domestiques, ils les ont reprises. La mortalité (3/15 soit 20%) à cet âge nous paraît encore assez lourde, alors que la technique de l'appendicectomie est bien codifiée quel que soit l'âge et, sauf exception, ne dépasse guère 30 mn en temps de bloc opératoire. Il nous paraît important de faire encore des efforts pour réduire ce taux de mortalité élevé. Dans ce cas, face à un syndrome douloureux de la Fosse Iliaque droite, même lorsqu'il existe des irradiations lombaires droites ou sus-pubiennes, il faut encore et toujours penser à une appendicite même chez un patient âgé, surtout chez un patient âgé au même titre que chez l'adolescent ou l'adulte jeune. Le retard mis par le clinicien à se résoudre à une

indication opératoire, devrait être réduit au minimum possible et nécessaire.

Lorsque les autres traitements n'ont pas apporté l'amélioration souhaitée et que les signes cliniques (Douleurs, Vomissements, Ballonnements...) ne se sont guère amendés, il devient essentiel d'avoir un avis chirurgical. Si possible, le chirurgien pourra agir dans ces conditions avec célérité et sécurité. Cependant la rapidité technique qui demeure un atout sans équivalent dans l'exécution des gestes opératoires n'est pas l'objectif à atteindre. L'objectif est la sécurité du malade qui ne doit être sacrifiée à aucun prix à la rapidité technique. Il faut prendre soin de pratiquer une appendicectomie dans les règles de l'art :

- Incision élective de Mac Burney ou médiane sous ombilicale,
- Appendicectomie avec enfouissement du moignon.
- Toilette péritonéale abondante au sérum salé tiède, après évacuation du pus s'il y en avait.
- Drainage du Douglas et/ou de la Fosse Iliaque droite (Lame de Delbet, Redon...) si nécessaire.
- Vérification soigneuse de l'hémostase.
- Fermeture de la paroi plan par plan.

Aucune de ces étapes ne saurait souffrir d'omission au risque de compromettre le pronostic vital. C'est à ce prix qu'il deviendra possible de ramener la mortalité liée à l'acte chirurgical sinon au minimum absolu (0%) du moins à un minimum acceptable (1 à 5 %) eu égard aux autres tares déjà préexistantes.