

**4<sup>ème</sup> année de médecine**  
**année universitaire 2025-26**  
**module de GHE**  
**section I**

**Les Appendicites aiguës :**  
**Diagnostic et prise en charge**

**A.Y BOUAYED**

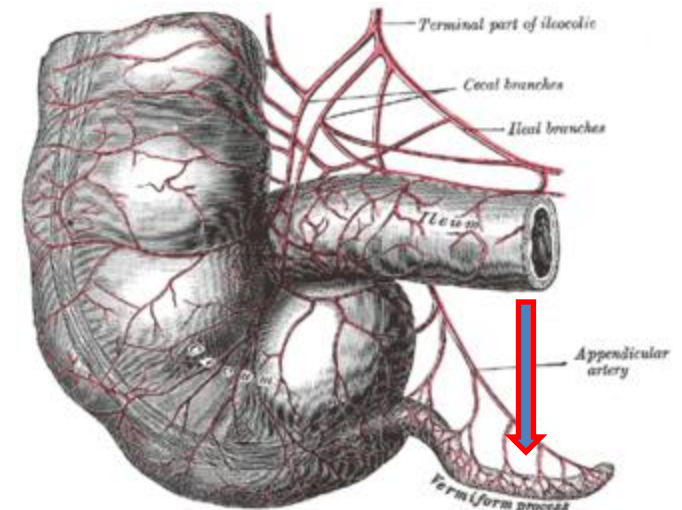
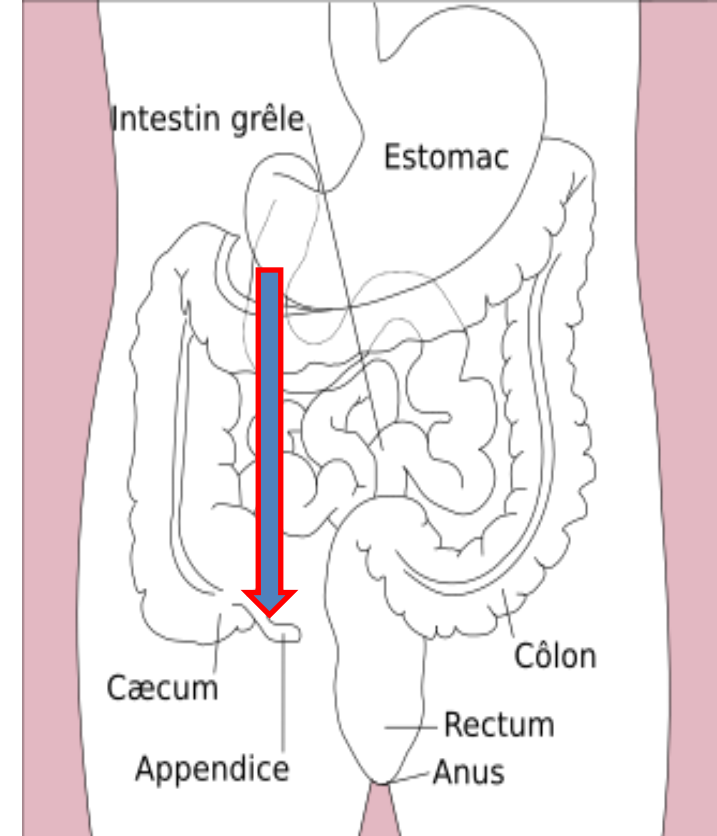
# Anatomie et physiologie :

- L'appendice est un diverticule conique du cæcum, situé à 2,5 cm au dessous de la valvule iléo-cæcale.

Longueur : 6–10 cm.

Epaisseur: 2-3cm

- La fonction de l'appendice est inconnue, et donc sa suppression n'a aucune incidence.



# Anatomie et physiologie

position de l'appendice dépend de la position du cæcum:

- Position normale: FID → méso coeliaque
- Positions anormales: → Variabilité = diversité clinique

A. sous-hépatique

A. Pelvienne

A. rétro-cæcale

A. gauche: situs inversus

1- Sous hépatique

2- Méso coeliaque

3- Rétro cæcale

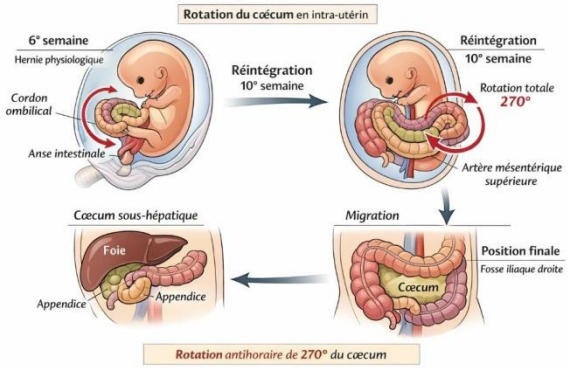
4- Pelvien

5- Intra herniaire

6- Appendice à gauche

Point de McBurney  
sur la ligne  
mésogastrique





**Rotation normale vs Malrotation du cœcum en intra-utérin**

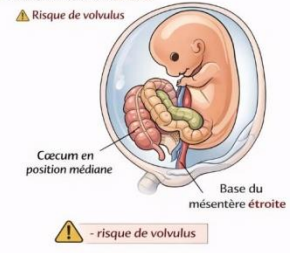
**Rotation normale**

- 270° de rotation antihoraire du cœcum
- Position finale : fosse iliaque droite
- Base du mésentère large



**Malrotation**

- Rotation insuffisante ou anormale du cœcum
- Position anormale du cœcum : médiane ou gauche
- Base du mésentère étroite



# Épidémiologie

- Pic : 20–40 ans
- Prédominance masculine
- Risque durant la vie entière : 7–8 %

# Objectifs pédagogiques

- Définir l'appendicite aiguë
- Comprendre sa physiopathologie
- Reconnaître le tableau clinique
- Connaître la démarche diagnostique
- Proposer la prise en charge

# DEFINITION :

- L'appendicite aigue est une inflammation aigue de l'appendice.
- Elle serait due au développement intra luminal de l'infection en amont de l'obstruction mécanique de la lumière appendiculaire



# PHYSIOPATHOLOGIE

Stase



Prolifération  
bactérienne



Inflammation



Ischémie



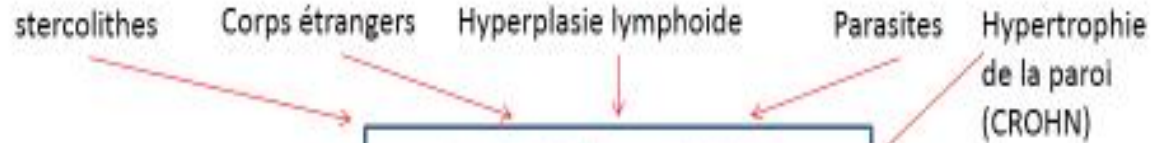
Nécrose



Perforation.

Obturation : mécanisme le plus fréquent  
**obstruction: la cause principale**

Physiopathologie



Pullulation des germes  
en vase clos



Augmentation pression  
Intra-luminale



Lésions muqueuses



INFECTION



Altération de la vascularisation → Ischémie et gangrène  
+++++

# LA FORME AIGUE TYPIQUE/CLASSIQUE

position iliaque interne ou méso-caelique de l'appendice

- **SIGNES FONCTIONNELS :**

a/ **LA DOULEUR ABDOMINALE:** le maître symptôme, au niveau de la FID

- DL péri-ombilicale qui migre en qlq heures vers la FID (signe de Kocher très évocateur )

- Elle est vive, et s'accroît lors des mouvements

b/ LES NAUSÉES ou VOMISSEMENTS.

c/ LES TROUBLES DU TRANSIT : sont rares (constipation/diarrhées).

- **LES SIGNES GENERAUX :**

a/La fièvre entre 38,5°C

b/La tachycardie avec accélération du pouls

c/La langue saburrale

# • LES SIGNES PHYSIQUES :

## a/La palpation de l'abdomen :

- en commençant par la FIG et en remontant le long du cadre colique
- Douleur provoquée au niveau du point appendiculaire : point de **MAC BURNEY** (situé au 1/3 externe de la ligne reliant l'épine iliaque antérosupérieure droite et l'ombilic)
- Une défense pariétale localisée



- Signe de BLUMBERG :

Apparition d'une **douleur vive** à la **décompression** de la **FID** :  
on appuie profondément au niveau de la FID avec les doigts  
puis on relâche brusquement



- Le signe de ROVSING :

obtenu en déprimant profondément la FIG,  
une douleur vive apparait au point appendiculaire



# LA FORME RÉTROCAECALE: plus rare F.atypique

- DL lombaire ou flanc droit, peu ou pas de défense abdominale

**Le psoitis ou signe du psoas :** signe d'orientation topographique en faveur d'une appendicite rétro-caecale

**En DLG,** La DL est exacerbée par l'extension de la hanche et de la cuisse droite témoignant de l'inflammation du muscle psoas en contact avec un appendice rétro-caecal.

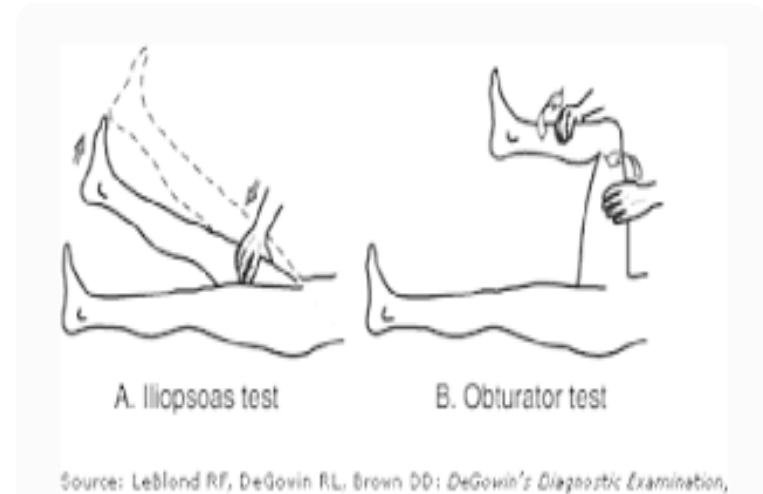
**En DD:** demander au patient de lever la jambe contre résistance, main placée au-dessus du genou.

## PSOAS SIGN

@/nursing\_professionals



psoas test or Obraztsova's sign, is a medical sign that indicates irritation to the iliopsoas group of hip flexors in the abdomen, and consequently indicates that the inflamed appendix is retrocaecal in orientation.

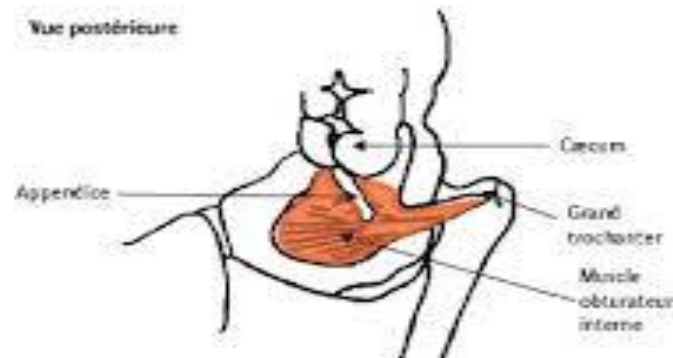


# APPENDICITE PELVIENNE: plus rare F.atypique

- signes urinaires ou gynécologiques

## - **Signe de l'obturateur**

En DD, DL de la FID provoquée par la rotation interne passive de la hanche droite fléchie à 90° traduisant une irritation du péritoine par un appendice pelvien en contact avec le muscle obturateur interne



# Le toucher rectal : TR

Douleur au niveau du douglas en haut et à droite

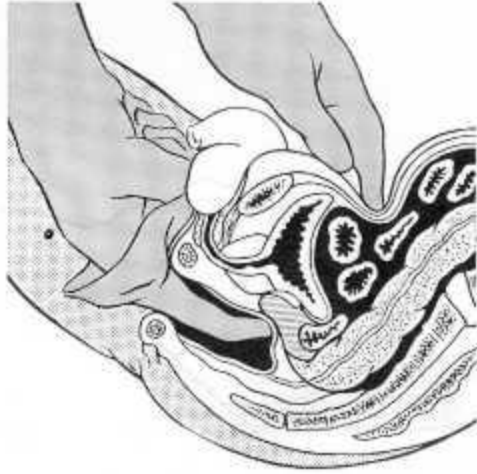


Schéma n° 8

Le toucher rectal combiné au palper abdominal permet d'atteindre un abcès du Douglas, situé entre le rectum en arrière, la vessie en avant et un mur d'adhérence en haut.

(d'après Pailleux)

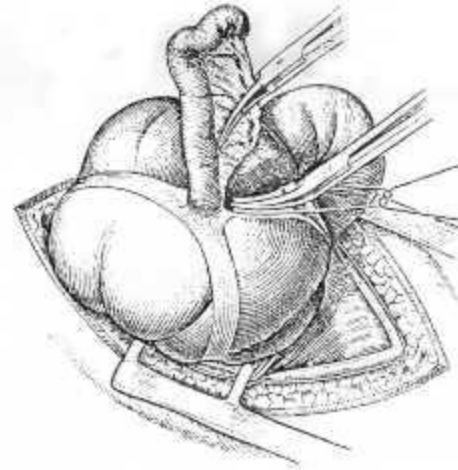
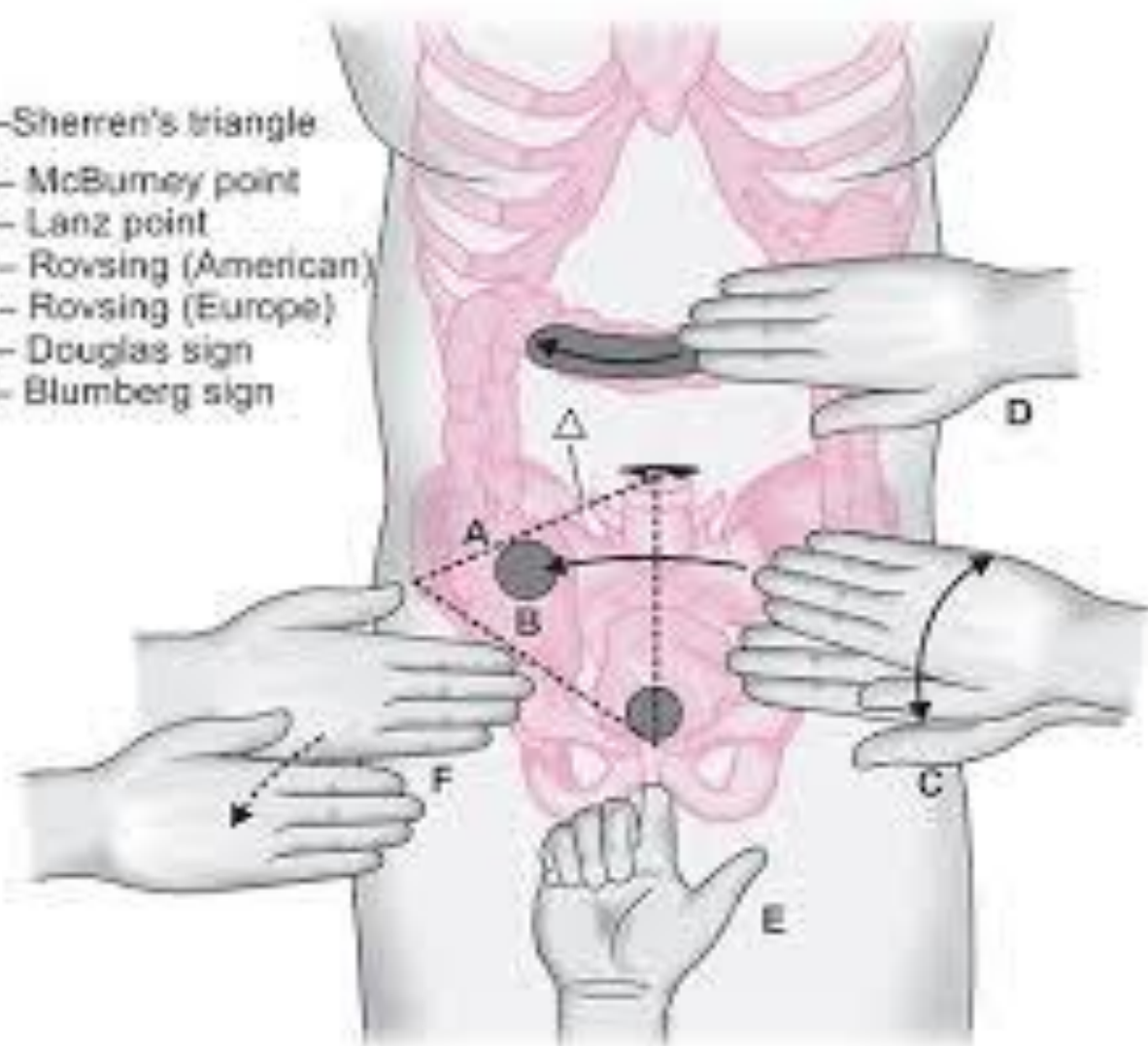


Schéma n° 9

Appendicectomie. Ligature des vaisseaux de l'appendice. L'appendice est ensuite lié à sa base et enlevé.

(d'après Quénu)

- $\Delta$ —Sherrin's triangle
- A—McBurney point
- B—Lanz point
- C—Rovsing (American)
- D—Rovsing (European)
- E—Douglas sign
- F—Blumberg sign



# LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

## a/Biologie :

- Hyperleucocytose à prédominance PNN >10000/mm<sup>3</sup>
- CRP augmentée ↑ +++ > 10mg/L de sang
- BU: éliminer une infection urinaire (femme)
- BHCG: GEU

# Score d'Alvarado

- Score clinico-biologique d'orientation
- $\geq 7$  : forte probabilité d'appendicite
- Utile pour la décision, **ne remplace pas l'imagerie**

## Tableau 2. Score d'Alvarado dans le diagnostic d'appendicite<sup>5,12,18</sup>

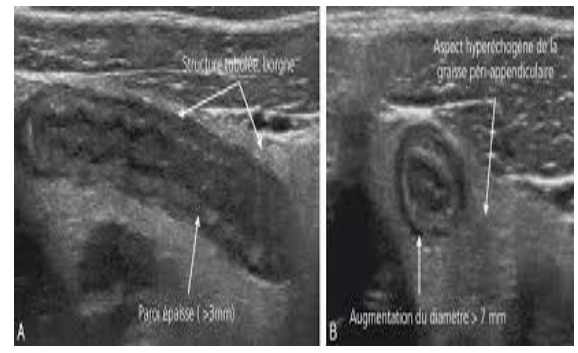
Un score compris entre 6 et 8 est associé dans 73% des cas à une appendicite. Un score de 9 ou de 10 est associé dans tous les cas à une appendicite. La sensibilité et la spécificité du score sont de 76% et 95% respectivement.

Symptôme/signe/test clinique	
Douleur migrante	1
Inappétence	1
Nausées, vomissements	1
Douleur à la palpation de la fosse iliaque droite	2
Douleur à la détente	1
Température de plus de 37,3°	1
Leucocytose	2
Répartition (neutrophiles $\geq 75\%$ )	1
Total	10

**b. Imagerie :** confirme le DG, élimine une autre pathologie (gynécologique et urinaire)

• **Echographie abdominale (+) : 1ère intention**

**Appendicite**  
**diamètre > 6mm**  
**à paroi épaisse >3mm**



- \* **Image en cocarde**
- \* **infiltration de la graisse peri appendiculaire**

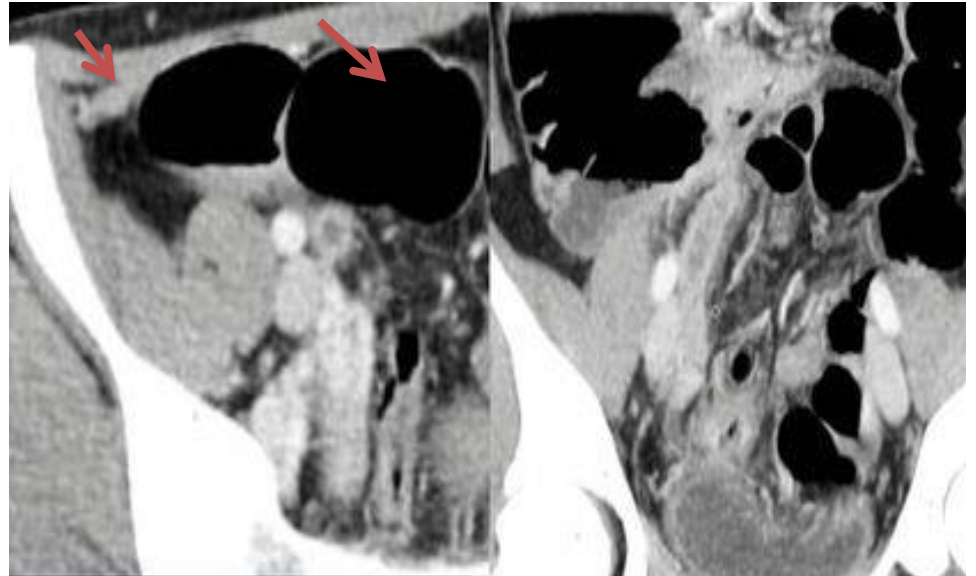
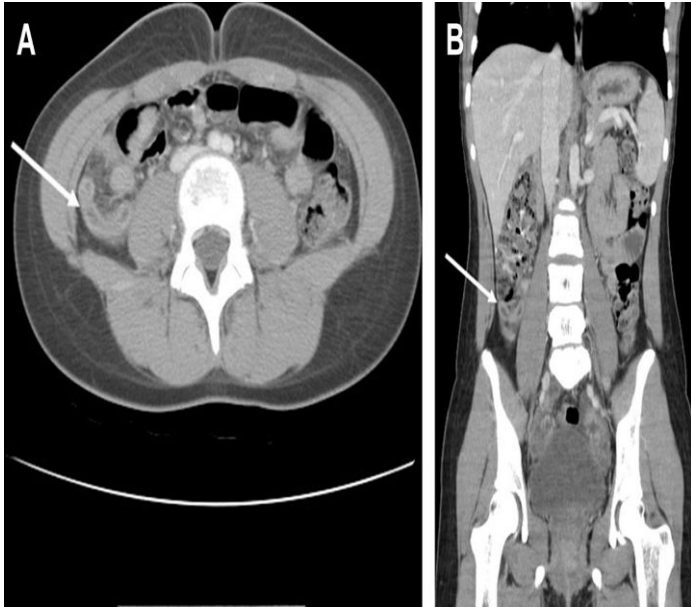


**stercolithe**



# Scanner: ex le plus spécifique chez l'adulte +++

- \*Permet aussi d'éliminer d'autres diagnostics.
- \*Epaississement de la paroi >6mm
- \*Infiltration de la graisse iléocaecale peri appendiculaire
- \*Stercolithe
- \*VPN 100%: appendice normal à la TDM élimine le DG d'appendicite
- \*Sensibilité et spécificité > 90%



# Formes évolutives



**Catarrhale**

**Phlegmoneuse  
ou suppurée**

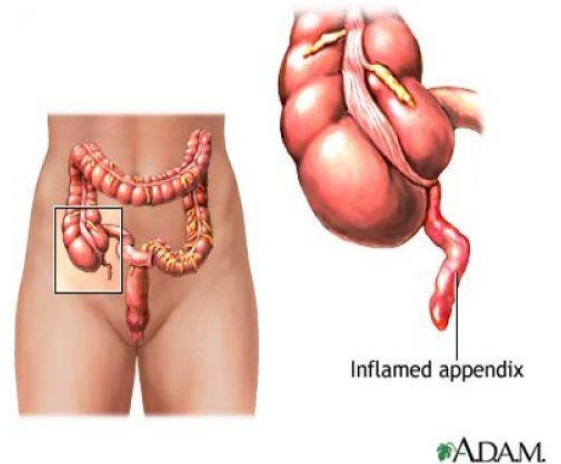
**Gangrène**

**Plastron+/- abcédé**      **Péritonite  
généralisée**



## 1/ forme catarrhale

Peut régresser sous TRT médical  
et mise en observation.



## 2/ forme phlegmoneuse

Abcédation d'un ou plusieurs follicules  
pouvant s'étendre à la toute de paroi.



### 3- Le plastron appendiculaire

=

Evolution **subaigüe**  
de l'appendicite



**Cloisonnement** du  
Péritoine



**Adhérences** epiploïque  
et jéjuno-iléales



**Séparation**

F.I.D – reste cavité péritonéale.



**Dlr. Persistante et moins vive** de F.I.D.  
Avec un EG relativement conservé

**Empâtement/blindage F.I.D  
mal limité ( carton mouillé)**

TDM  
diagnostic différentiel  
avec une tumeur

## 4- L'abcès appendiculaire

- ❖ Syndrome septique T°: 39-40°
- ❖ Empâtement ou voussure flanc droit. et F.I.D.

### Biologie

GB > 20000  
CRP ↗ ++

### Echo:

masse  
Hypo- echogène

### Scanner:

Abcès à contenu épais,  
entouré d'anses  
à paroi épaissie

Il s'agit d'une péritonite localisée:  
l'appendice se perforé dans une coque  
réactionnelle formée par l'épiploon et  
les anses intestinales adjacents épaissies.



## 5- PÉRITONITE APPENDICULAIRE



UN TEMPS  
Défense puis  
**contracture**

### DEUX TEMPS

- **Péritonite localisée**
- Accalmie traitresse de Dieulafoy.
- Rupture abcès cav. péritonéale.

### TROIS TEMPS

**Plastron**



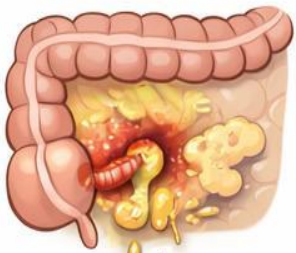
**Abcès**



**cav. péritonéale**

## 1 TEMPS

Perforation immédiate

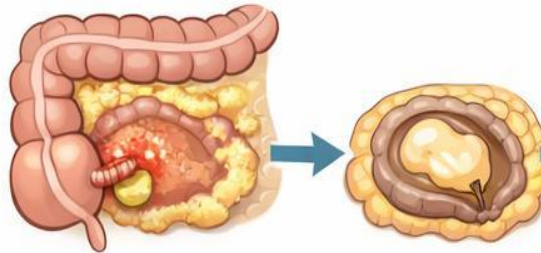


→ Péritonite aiguë



## 2 TEMPS

Plastron puis rupture



Plastron

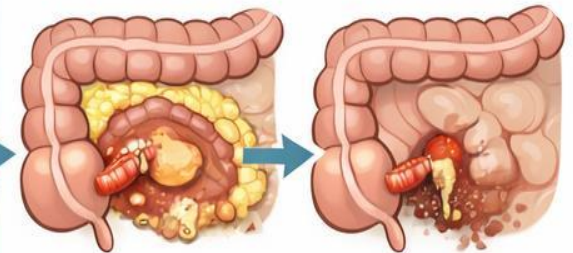
Abcès

→ Péritonite secondaire



## 3 TEMPS

Plastron → Abcès → Rupture tardive



→ Rupture

→ Péritonite grave



# Traitement :

- **Chirurgical** :

- **Appendicectomie** classique par incision mac Burney
- Appendicectomie cœlioscopique

- Un plastron peut nécessiter un drainage avec une antibioprophylaxie précédant l'acte opératoire

