Le dossier
Appendicite : une vieille pathologie revisitée

Éditorial

→ **H. LARDY**
Service de Chirurgie viscérale pédiatrique,
Hôpital Gatien-de-Clocheville,
TOURS.

Écrire un éditorial sur l'appendicite est un exercice très enthousiasmant : la crise d'appendicite aiguë reste la première urgence abdominale pédiatrique de nos jours. Les conséquences, regrettables et bien connues d'un diagnostic retardé, rendent complexe sa prise en charge.

Trois articles illustrent l'évolution de la prise en charge de l'appendicite sous ses aspects diagnostiques et thérapeutiques.

>>> **Concernant le diagnostic**, il faut rappeler que la clinique reste l'élément fondamental de la décision chirurgicale. Le **Dr Henri Kotobi**, qui présente un algorithme diagnostique actualisé, ne manque pas de citer l'excellent ouvrage d'Henri Mondor, *Diagnostics urgents de l'abdomen*, publié en 1940 et que l'on devrait recommander à tout étudiant en médecine dès le stade de l'apprentissage de la sémiologie chirurgicale.

Il est en effet encore possible, en 2014, de poser un diagnostic d'appendicite sur les simples données d'un examen clinique complet ! Certes, les pièges diagnostiques existent, en particulier pour les enfants de moins de 5 ans, mais la quintessence de l'art du chirurgien n'est-elle pas d'exercer son métier par l'usage de la main et du raisonnement clinique ? Encore faut-il que ce chirurgien soit un chirurgien d'enfants, ce qui dans la pratique courante ne correspond pas toujours à la réalité des situations, malgré la structuration des services de chirurgie pédiatrique. Bon nombre d'enfants sont encore pris en charge, y compris jusqu'à l'intervention chirurgicale, par des chirurgiens généralistes dont la pratique, tant sur le plan diagnostique que clinique, ne correspond pas aux *gold standards* recommandés aujourd'hui par les chirurgiens pédiatres.

Cette prise en charge peut donner toute satisfaction et aboutir à la guérison de l'enfant dans des situations simples ; elle est donc utile parfois. Mais dans les situations plus compliquées, les difficultés, en particulier dans la relation avec la famille, conduiront à un recours spécialisé souvent trop tardif.

Dans la démarche diagnostique, peu d'examens complémentaires s'avèrent nécessaires : la biologie est peu spécifique, même si la leucocytose garde une place importante. L'ASP n'est plus recommandé et l'échographie (entre des mains

Le dossier
Appendicite : une vieille pathologie revisitée

expertes) est devenue l'examen de première intention. Combien d'enfants pourtant subissent de façon inutile des explorations tomodensitométriques, suivant ainsi le parcours de leurs homologues adultes.

L'article du Dr Kotobi mentionne des algorithmes décisionnels qui peuvent très utilement aider les médecins urgentistes et les internes en chirurgie à prendre les décisions nécessaires pour l'orientation adéquate des douleurs abdominales en pédiatrie. La mise en observation chirurgicale est un des outils incontournables dans la démarche décisionnelle pour ces enfants.

Le dogme de "toute douleur abdominale doit faire conduire à l'appendicectomie" est bien aujourd'hui révolu.

>>> **Pourquoi, en 2014, proposer un traitement médical de première intention dans l'appendicite aiguë de l'enfant ?** Ce sujet est développé dans l'article du **Dr Benoît Parmentier** de l'hôpital Robert-Debré. Il a aujourd'hui toute sa légitimité pour éviter les complications chirurgicales liées à un geste opératoire qui est conduit dans des situations inflammatoires délétères.

L'antibiothérapie, grâce à une utilisation rigoureuse ayant permis d'éviter une pression de sélection trop importante, garde aujourd'hui une efficacité majeure dans le traitement de l'appendicite. Il est donc légitime de "refroidir" une appendicite compliquée selon des critères rigoureux, lesquels malheureusement ne sont pas encore étayés dans la littérature scientifique pédiatrique par des études de cohorte faisant référence.

Cela souligne l'intérêt pour la communauté chirurgicale pédiatrique de conduire des études prospectives randomisées, et il faut mentionner ici une très belle étude en cours de publication sous la direction du Pr Guillaume Podevin du CHU d'Angers, qui a coordonné une étude multicentrique de l'interrégion ouest (ALGAP) et qui devrait – pour la première fois en France – établir des bases scientifiques recommandables dans la prise en charge diagnostique des appendicites aiguës de l'enfant.

Traitement médical de première intention, oui pour certain cas sélectionnés, mais la tentation est grande pour la communauté pédiatrique de s'engouffrer dans une brèche où le traitement chirurgical de l'appendicite tendrait à disparaître… N'oublions pas que l'appendicite a toujours une cause et qu'une des règles de base de la médecine doit être de traiter la cause plutôt que ses conséquences.

Il semble donc que, malgré l'avancée des réflexions, le chirurgien gardera toute sa place, et pour de longues années, dans la prise en charge de l'appendicite aiguë de l'enfant, y compris dans ses aspects opératoires.

Cette place est néanmoins partagée avec nos collègues radiologues dont la témérité interventionnelle ne cesse de croître, contribuant ainsi à une prise en charge philosophiquement mini-invasive et aujourd'hui devenue nécessaire.

La collaboration entre les équipes chirurgicales et les équipes de radiologie pédiatrique est plus que jamais, dans le domaine de l'appendicite de l'enfant, nécessaire tant à la phase diagnostique que dans la prise en charge des complications.

>>> **Le troisième aspect de ce dossier est celui du développement de la chirurgie mini-invasive et en particulier de la cœlioscopie.** L'article du **Dr Sabine Irtan** fait le point sur les limites de cette voie d'abord aujourd'hui très répandue et parfois devenue plus fréquente que l'abord chirurgical classique type "Mac Burney".

Cette évolution dans la prise en charge chirurgicale est un progrès majeur dans l'arsenal thérapeutique, mais doit respecter des indications bien définies et une évaluation rigoureuse de ses bénéfices. Un point essentiel au sein de cette évolution technologique doit être la formation des jeunes chirurgiens à l'abord chirurgical traditionnel conjointement à leur formation cœlioscopique. Enfin, n'oublions pas l'importance de la réflexion médico-économique dans la prise en charge de cette pathologie si fréquente et l'évolution nécessaire vers la diminution des durées d'hospitalisation, qui peut certainement tendre vers la chirurgie ambulatoire pour les formes les plus simples.

En conclusion de cet éditorial si enthousiasmant, nous pouvons dire que l'appendicite aiguë de l'enfant est un domaine de réflexion où se mêlent des principes chirurgicaux anciens – et toujours d'actualité – et des évolutions thérapeutiques et technologiques dont le fondement doit reposer sur une expertise scientifique rigoureuse : un bel alliage donc entre les principes basiques de la chirurgie et l'évolution moderne des pensées, à l'aune du développement technologique et de la structuration croissante du beau métier de chirurgien pédiatre.

Très bonne lecture.