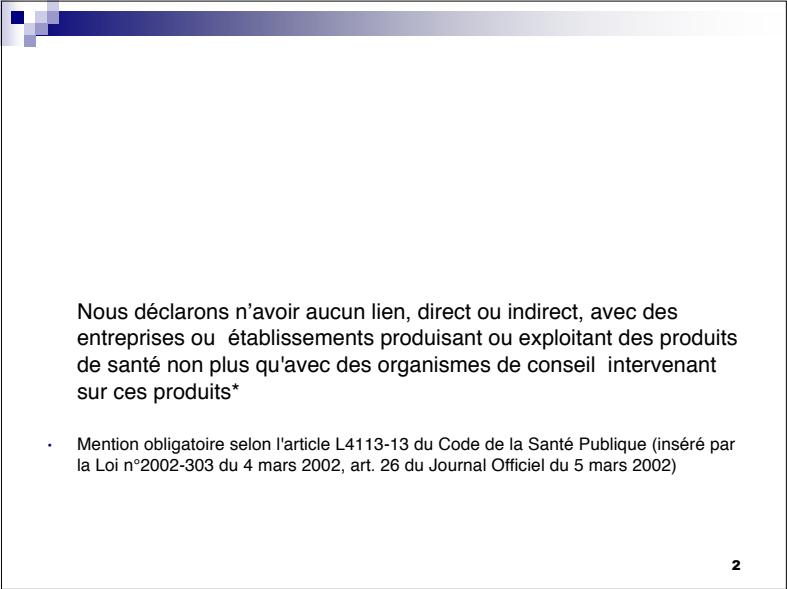




Suspicion d'appendicite chez les enfants

Sémiologie actualisée
E.Steyer et J.M.Bolzinger
Thionville 11.01.2011

1



Nous déclarons n'avoir aucun lien, direct ou indirect, avec des entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé non plus qu'avec des organismes de conseil intervenant sur ces produits*

- Mention obligatoire selon l'article L4113-13 du Code de la Santé Publique (inséré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, art. 26 du Journal Officiel du 5 mars 2002)

2

Quels sont les éléments cliniques les plus performants

- pour écarter le diagnostic ou
- pour décider d'orienter l'enfant vers une consultation spécialisée

3

→ Démarche probabiliste

- 26 études rétrospectives d'évaluation diagnostiques de l'appendicite
- enfants de 6 à 21 ans
- 6200 enfants examinés pour d.abdo
- en milieu hospitalier (2° ou 3° ligne)
- Analyse de 28 s.cliniques
- Confrontation aux résultats
 - de l'ana path
 - ou du suivi en observation

4

Un diagnostic peu fréquent, un diagnostic tardif

- 10% de la population = une app. dans leur vie
- Incidence maxi: 10 à 20 ans
- Études faites en 2° ligne (service d'urgence)
enft + d.abdo : 10 à 25% sont des app.
en médecine générale ??
- Aux USA 30% des enfants opérés ont déjà une
perforation (80% avant 4 ans)

5

3 signes de complication de forte valeur

- **Contracture** abdo. évoque péritonite RV+25 (ti)
- **Masse abdo** : abcès ou plastron RV+6.9 (i)
- **Météorisme + diminution bruits** hydro aériques:
signe l'iléus (arrêt du péristaltisme) RV+2.5 (m)

1 seul de ces 3 signes = avis chirurgical immédiat

6

- Lorsqu'on a la chance d'examiner l'enfant plus précocément...

7

Interroger sur le déplacement de la douleur

- la simple présence d'une d. FID:
peu d'intérêt RV+ 1;2 (f) RV- 0,56 (f)
- Par contre, **le déplacement de la douleur du centre abdo vers FID**
en cas de présence contribue au dic + RV+ 4.6 (m)
en cas d'absence diminue la pb RV- 0.41 (m)

*mais ds certaines études
RV+ 1.9 (f) et RV- 0.72 (f)*

8

Palpation: 3 signes de valeur à rechercher

- **d. provoquée de FID** RV+4.7 (m) RV- 0.45 (m)
- **rebond douloureux** RV+3 (m) RV- 0.27 (m)
- **défense abdo** RV+2.6 (m) RV- 0.21 (m)

La présence de ces 3 signes multiplie par 2 ou 3 les chances de retenir le dic d'app à bon escient.

9

Quid du TR?

- Un TR douloureux est peu contributif au diagnostic
- Un TR non douloureux n'élimine pas le dic RV-0.7 (f)

- La pratique en routine du TR n'est pas justifié.

10

Utile: recherche de la douleur abdominale indirecte

d. réveillée par

- La percussion
 - Le saut
 - La toux
- présence: augmente les chances de dic +
RV+ 8 (i) dans l'étude prospective la plus vaste
 - Absence: diminue les chances de moitié
RV- 0.3 (m)

11

Douleur à la mobilisation des muscles pelviens au contact de l'appendice

- La gêne à la marche RV+ 1.7 (f) RV- 0.38 (m)
- Le signe du psoas RV+ 2.5 (m) RV- 0.8 (f)
decu dorsal, flexion active hanche contre résistance
ou decu lat, hyperextension de la hanche (Léri)
- Le signe de l'obturateur RV+ 2.2 (m) RV- 0.8 (f)
decu dorsal, hanche et genou fléchis, mvt passif de Rot
Int de la hanche

Multiplie par 2 la prob. de dic +

12

Signes de peu d'intérêt

- Survenue abrupte de la douleur
- Caractère localisé de la douleur
- Caractère continu de la douleur

Leur présence ou leur absence ont peu de conséquences sur la prob. diagnostique

13

Quid de la fièvre?

- Étudiée dans 6 études, définition de la fièvre variable
- Dans l'étude prospective la + vaste: $T^{\circ} > 38^{\circ}$
- Discriminant à la fois
 - Pour retenir le dic: $\text{prob} \times 3$
 - Pour écarter le dic: $\text{prob} / 2$

14

Signes sans intérêt

- Présence ou absence de vomissements
- Nausées
- Diarrhée
- Constipation
- Baisse EG
- Symptômes présents depuis < 24H

15

Pour retenir ou écarter le dic

1. migration de la d. du milieu de l'abdo vers FID
2. la gêne à la marche
3. d. à la palpation de la FID
4. rebond douloureux
5. défense abdo
6. d. à la percussion, au saut ou à la toux

16

- Aucun s. clinique pris ISOLEMENT n'est suffisamment discriminant pour
 - écarter
 - ou pour affirmer le diagnostic
 - Nécessité de combiner les signes
 - soit par soi même
 - soit dans des scores qui ont été évalués
- pptés émergentes

17

Le score d'Alvaro (8 items)

variables	score
migration de la douleur en FID	1
Anorexie	1
Nausées/vomissements	1
sensibilité FID	2
douleur à décompression	1
Fièvre > ou = 37,3°	1
GB > 10.000	2
neutro > 75 %	1
Score maximum	10

18

Interprétation du score d'Alvaro

scores	RV	résultat	
< ou = 4	RV- 0,05	très fort gain d'exclusion	Permet d'écarter le dic avec confiance
5	RV- 0,31	gain d'exclusion modéré	
6	RV- 0,29	gain d'exclusion modéré	
> ou = 7	RV+ 3 à 5	gain d'affirmation modéré à fort	X 3 à 5 la pb de dic+

19

Y a t'il intérêt à prescrire de la biologie?

- NFS: les leucocytes > 10.000
RV- 0,22 (m-i) l'absence de leucocytose multiplie par 4 ou 5 les chances d'écarter le dic à bon escient
→ les « D-dimères » de l'app
- poly-neutro > 6750
RV+2 (f) RV-0.06(ti) l'absence de polynucléose multiplie par 5 ou 10 les chances d'écarter le dic à bon escient
- PCR
Normale=faussement rassurante, élevée si forme grave=sans intérêt
- VS > 20 peu contributif
RV+3.8 (m) RV-0.68(f) ds 1 seule étude

20

exclusion du diagnostic d'appendicite: dans quel cas prend t'on un risque minime?

- si **absence** de signes de complication:
contracture, masse, iléus
- si **absence** de signes cliniques discriminants
 1. migration de la d. du milieu de l'abdo vers FID
 2. la gêne à la marche
 3. d. à la palpation de la FID
 4. rebond douloureux
 5. défense abdo
 6. d. à la percussion, au saut ou à la toux
- si **l'absence** de leucocytose et de polynucléose
- si score d'Alvaro < 4

→ importance de réexaminer plus tard!

21

- quid de l'échographie?
aucune étude n'a démontré que l'écho était supérieure à l'examen clinique (lorsque l'appendice n'est pas perforé)

- L'échographie (et les examens complémentaires en général) sert de soutien aux trouvailles cliniques et non l'inverse.

- **Dans le diagnostic de l'appendicite l'examen clinique occupe une place centrale et incontournable.**

22

Qq ref bibliographiques

- Prescrire n°314 déc 2009 p. 913-917
- JAMA du 25.07.2007. Vol298 n°4 p.438-451
Cet enfant présente t'il une appendicite.
<http://jamafr.ama-assn.org/cgi/reprint/298/4/438>