



FAIT CLINIQUE

APPENDICITE SOUS-HEPATIQUE : APPENDICECTOMIE COELIOSCOPIQUE VERSUS APPENDICECTOMIE PAR LAPAROTOMIE

SUB-HEPATIC APENDICITIS: LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY VERSUS OPEN APPENDECTOMY

K ADABRA^a, AK AMAVI^a, K KANASSOUA^a, DM SAMBIANI^a, F ALASSANI^b,
B TCHANGAI^b, I KASSENE^a, G SONGNE^a

a- Service de chirurgie Générale – Chu Sylvanus Olympio. BP57 Lomé
b- Service de chirurgie viscérale – Chu Sylvanus Olympio. BP57 Lomé

RÉSUMÉ

L'appendicectomie laparoscopique présente de nombreux avantages par apport à l'appendicectomie par laparotomie dans plusieurs indications lorsque la réalisation par laparotomie est difficile. Nous présentons dans ce travail deux cas cliniques d'appendicites sous-hépatique prises en charge par les deux voies d'abord et par le même chirurgien. Par la voie laparoscopique, nous avons noté une durée de séjour plus courte, des suites opératoires plus simples, une meilleure cicatrisation. Il n'y a pas eu de différence par rapport à la durée d'intervention. Nous montrons ainsi les multiples avantages de l'appendicectomie laparoscopique dans cette indication. La voie laparoscopique nous semble donc être la meilleure voie pour la prise en charge des appendicites sous-hépatiques.

Mots-Clés : appendicectomie laparoscopique, sous-hépatique, laparotomie

SUMMARY

Laparoscopic appendectomy has many advantages in several indications while surgery realization could be difficult by open appendectomy. We herein present two cases of sub-hepatic appendicitis operated with the two techniques. In the patient operated by laparoscopic way, we noted a easier surgery, a shorter length of stay, a simpler postoperative, and a better healing of the wound. There were any difference concerning the duration of the operation. We hereby show the many benefits of laparoscopic appendectomy in this indication. The laparoscopic approach seems to us to be the best way for treatment for sub-hepatic appendicitis.

Keywords : laparoscopic appendectomy, open appendectomy, sub-hepatic

Tirés à part

ADABRA Komlan Assistant chef de Clinique en Chirurgie Générale. CHU Sylvanus Olympio. BP 57 Lomé Togo
Tel: 00228 90 77 48 80 Email: aakbrus@yahoo.fr

INTRODUCTION

La première description de l'appendicectomie laparoscopique en 1980 a constitué un tournant dans la prise en charge des appendicites aiguës 1. Bien que l'appendicectomie laparoscopique présente de nombreux avantages pour le patient en termes de facilité et parfois de rapidité de l'intervention, de la petitesse de l'abord, de réduction de la douleur post-opératoire, de diminution de l'infection de la plaie et de reprise rapide des activités, l'unanimité n'est pas faite sur sa supériorité par rapport à l'appendicectomie par laparotomie 2,3.

Nous présentons ici deux cas cliniques d'appendicite sous hépatique pris en charge par les deux voies d'abord, par le même chirurgien. Le premier patient a été pris en charge dans un hôpital disposant d'un bloc opératoire mais n'ayant pas de colonne de coelioscopie. Le deuxième patient a été pris en charge dans le centre hospitalier de référence disposant de tout le plateau technique y compris une colonne de coelioscopie. Nous montrons ainsi les multiples avantages de l'appendicectomie coelioscopique dans cette indication, sur les plans de la voie d'abord elle-même, de la difficulté opératoire du geste chirurgical, des suites opératoires, et du gain de la cicatrice opératoire. Le recul est de 3 mois.

LES CAS CLINIQUES

Cas clinique N°1

il s'agit d'un patient de 57 ans ayant consulté le 4 août 2014 pour douleurs abdominales intenses évoluant depuis 5 jours dans un contexte fébrile et sans notion de trouble de transit. L'examen physique a permis de noter une douleur provoquée avec défense localisée à l'hypochondre droit et au flanc droit. La tomodensitométrie (TDM) abdominale (figure 1-a) a montré un épaississement d'une structure digestive borgne situé en région sous hépatique avec infiltration de la péricolique et une lame d'épanchement liquidien dans l'espace de Morrison, aspect évoquant une appendicite sous hépatique avec périnéphrite droite réactionnelle. L'intervention a été réalisée par voie ouverte conventionnelle : incision de Jalaguier agrandie vers l'hypochondre droit car nous avons rencontré des difficultés techniques. Il s'agissait d'une appendicite sous hépatique et retrocaecale (figure 2) perforée, avec péritonite localisée. L'appendicectomie a été réalisée suivie de lavage et drainage de la cavité péritonéale. La durée de l'intervention a été de 1h 45min. Nous avons noté une suppuration pariétale au 3^e jour. La durée de séjour a été de 10 jours. La cicatrice post-opératoire était inesthétique, mesurant 20 cm de longueur (figure 3-a). L'examen anatomo-pathologique a conclu à une appendicite aiguë suppurée.



Figure 1a : Image scanographique montrant l'appendicite sous hépatique : patient 1

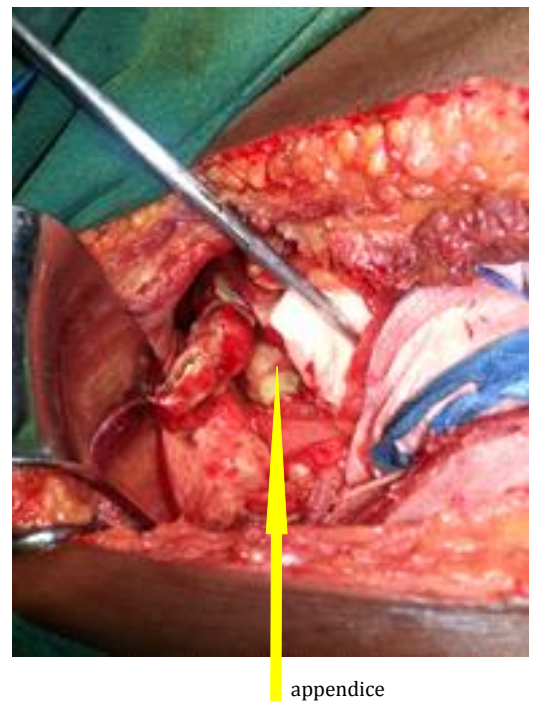


Figure 2: Laparotomie (voie de Jalaguier) montrant l'appendice



Figure 3a : Aspect des cicatrices après appendicectomie par voie ouverte

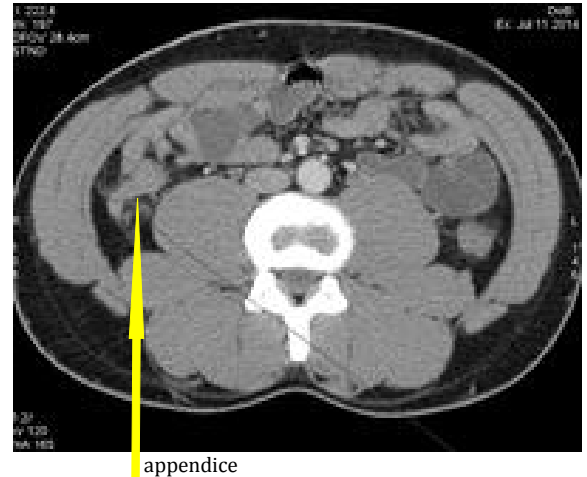


Figure 1b : Image scanographique montrant l'appendicite sous hépatique : patient 2

Cas clinique N°2

il s'agit d'un patient de 32 ans qui nous a été transféré le 30 septembre 2014 pour des douleurs abdominales localisées à l'hypochondre droit et dans la région lombaire droite évoluant depuis 48 heures dans un contexte fébrile. L'examen clinique a permis de noter une douleur provoquée avec défense à l'hypochondre droit et au flanc droit. Il n'y avait pas de signe de Murphy. La TDM abdominale (figure 1-b) avait montré un aspect d'appendicite sous hépatique. Une antibiothérapie a été instaurée 48 h avant le transfert au CHU Sylvanus Olympio pour prise en charge chirurgicale. L'intervention a été réalisée sous laparoscopie. L'open-coelio a été réalisée en sus-ombilicale avec un trocart de 10 mm. Un trocart de 5 mm a été mis dans la Fosse iliaque gauche et un autre dans la Fosse iliaque droite. L'appendicite était sous-hépatique (figure 4). L'appendicectomie a été réalisée sans difficulté. Durée de l'intervention : 1h 40 minutes. Les suites opératoires ont été simples. Le patient est sorti à J3 post opératoire. Les figures 3 b montre les cicatrices des incisions d'introduction de trocart. La cicatrice opératoire n'est pas inesthétique (figure 3 : b).

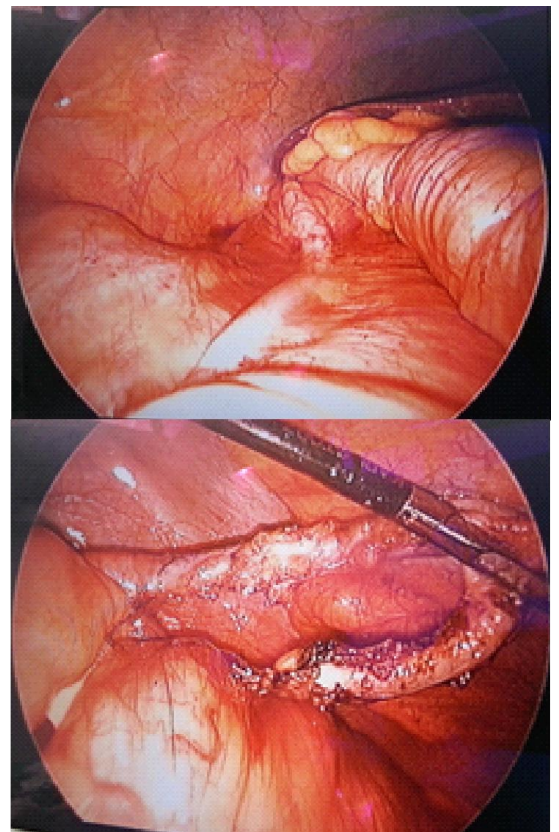


Figure 4 : Image laparoscopique de l'appendice au cours de l'appendicectomie laparoscopique



Figure 3b : Aspect des cicatrices après appendicectomie laparoscopique

DISCUSSION

Depuis l'avènement de la coeliochirurgie, plusieurs études ont été faites comparant l'appendicectomie laparoscopique et l'appendicectomie par laparotomie 4, 5, 6, 7, 8. Si des avantages ont été retrouvés dans l'appendicectomie laparoscopique sur le plan de contrôle de la douleur post-opératoire, de la durée d'hospitalisation, et du temps de récupération, la plupart des auteurs ont démontré que l'appendicectomie laparoscopique ne comporte pas d'avantages avérés par rapport à l'approche classique pour le patient de routine présentant une appendicite aiguë classique 8. Aucune différence significative n'a non plus été notée en termes de morbidité post-opératoire dans les deux groupes de patients ayant bénéficié de laparoscopie ou non 5, 8. Cependant la supériorité et les avantages de la voie laparoscopique ont été démontrés chez les patients présentant une obésité morbide ou non 10, 11. Dans ce travail, nous nous proposons de montrer que l'appendicectomie laparoscopique peut être la technique de choix dans la forme clinique sous-hépatique de l'appendicite.

L'appendicite sous-hépatique est une pathologie difficile à diagnostiquer, à l'instar de la plupart des appendicites atypiques par le siège. Cette localisation sous-hépatique est rare et représente 0,5 à 5 % des appendicites 12. Le tableau clinique est souvent frustrant, posant souvent un problème de diagnostic différentiel avec une cholécystite aiguë du fait de la localisation dans l'hypocondre droit. L'échographie abdominale permet d'éliminer le diagnostic de cholécystite en montrant une vésicule biliaire à paroi fine. Le scanner abdominal est nécessaire et utile pour le diagnostic 13.

Dans notre étude, il nous a permis chez nos deux patients d'avoir un diagnostic précis avant la chirurgie. La difficulté de l'appendicectomie par laparotomie dans une appendicite en position sous-hépatique est avant tout liée à la voie d'abord. Le classique abord de Mac Burney se révèle insuffisant pour réaliser l'ablation de l'appendice, d'où la voie de Jalaguier qui est utilisée. Or cette voie qui est souvent délabrante sur les muscles et l'appendicectomie n'est souvent effectuée qu'après des agrandissements répétés de l'incision. Cela expose à des complications précoces à type d'infection du site opératoire, et de complications tardives à type d'éventration, et de cicatrice disgracieuse.

Chez notre patient cas n°1, le diagnostic a été tardif, d'où l'évolution vers une péritonite appendiculaire par perforation de l'appendice. L'intervention a été difficile, l'appendice étant non seulement sous-hépatique mais aussi rétrocaecal. Les complications post-opératoires attendues décrites dans la littérature ont été retrouvées : suppuration pariétale, durée d'hospitalisation longue, cicatrice disgracieuse. Notre second patient a bénéficié d'une appendicectomie laparoscopique. Il n'y a pas eu de différence par rapport à la durée d'intervention mais cependant, l'évolution a été meilleure : la durée d'hospitalisation a été plus courte, les suites opératoires étaient meilleures, l'hospitalisation a été de courte durée sans aucune complication postopératoire. Le préjudice cutané lié à la cicatrice opératoire a été moindre. Bien que les âges et les tableaux cliniques des deux patients soient différents, l'appendicectomie laparoscopique nous semble avoir plus d'avantages que l'appendicectomie par laparotomie dans les appendicites sous-hépatiques. Selon Anderson RE 14, au terme d'une revue de la littérature de multiples études comparant ces deux techniques, le choix de la voie d'abord dépend de la localisation, de l'expérience du chirurgien, et de la préférence du patient. La pratique de l'appendicectomie laparoscopique doit être encouragée. L'acquisition et la maîtrise de cette technique nécessitent cependant un apprentissage qui se fait habituellement en toute sécurité pour les patients 15.

CONCLUSION

L'appendicite sous-hépatique est une indication justifiée de l'appendicectomie laparoscopique. Cette indication est l'une des meilleures en dehors des patients présentant une obésité morbide ou non. L'appendicectomie laparoscopique rend l'intervention plus aisée. Les suites opératoires sont meilleures. La cicatrice opératoire est esthétique. Cette technique opératoire doit être encouragée.

REFERENCES

- 1- Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983;15:59-64
- 2- Memon MA. Review. Laparoscopic appendicectomy: current status. *Ann R Coll Surg Engl*. 1997; 79(6): 393–402.
- 3- Minné L, Varner D, , Ratzer E, Clark J, Haun W. Laparoscopic vs Open Appendectomy Prospective Randomized Study of Outcomes. *Arch Surg*. 1997; 132(7):708-712
- 4- Azaro EM, Amaral PC, Ettinger JE, , Fortes MF, Alcântara RS, et al. Laparoscopic versus open appendicectomy: a comparative study. *JSL* 1999; 3(4):279-83.
- 5- Martin LC, Puente I, Sosa JL, Bassin A, Breslaw R, McKenney MG, et al. Open versus laparoscopic appendectomy. A prospective randomized comparison. *Ann Surg* 1995; 222(3): 256-262.
- 6- Minutolo V, Licciardello A, Di Stefano B, Arena M, Arena G, Antonacci V. Outcomes and cost analysis of laparoscopic versus open appendectomy for treatment of acute appendicitis: 4-years experience in a district hospital. *BMC Surgery* 2014; 14:14
- 7- Sauerland S, Lefering R, Holthausen U, Neugebauer EAM. Laparoscopic vs conventional appendectomy – a meta-analysis of randomised controlled trials. *Langenbeck's Arch Surg* 1998; 383:289-95.
- 8- Cipe G, Idiz O, Hasbahceci M, Bozkurt S, Kadioglu H, Coskun H, et al.; Laparoscopic versus open appendectomy: where are we now? *Chirurgia (Bucur)* 2014; 109(4):518-22.
- 9- Milewczyk M, Michalik M, Ciesielski M. A prospective, randomized, unicenter study comparing laparoscopic and open treatments of acute appendicitis. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*. 2003; 17(7) : 1023-28
- 10- Varela JE, Hinojosa MW, Nguyen NT. Laparoscopy should be the approach of choice for acute appendicitis in the morbidly obese ; *Am J Surg* 2008; 196(2) :218–22,
- 11- Corneille MG, Steigelman MB, Myers JG, Jundr J, Dent DL, Lopez PP, et al. Laparoscopic appendectomy is superior to open appendectomy in obese patients. *Am J Surg* 2007; 194(6):877-80
- 12- François GF, Giuly J. Cinq mille trente quatre appendicectomies. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2006, 5 (1) : 61-70
- 13- Pautrat K, Soyer P, Pocard M. Why should an abdominal CT scan be performed for suspected appendicitis in the adult patient ? lessons from ten clinical cases. *J Chir (Paris)* 2009; 146:12-6
- 14- Anderson RE. Short-term complications and long-term morbidity of laparoscopic and open appendicectomy in a national cohort. *Br J Surg* 2014; 101(9):1135-42.
Duff SE, Dixon AR, Ann R. Laparoscopic appendicectomy: safe and useful for training. *Coll Surg Engl* 2000; 82(6):388-91.