



Revista Portuguesa  
de

# irurgia

II Série • N.º 18 • Outubro 2011

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Será a apendicite aguda a próxima patologia a mudar de paradigma?

As coincidências, apesar de não raras, continuam a surpreender-nos sempre que aparecem.

No dia seguinte a ter diagnosticado e operado uma apendicite aguda a um jovem atleta, cuja mãe questionou a intervenção cirúrgica, por via da “carreira” desportiva do filho que ela considerava atleta de alta competição, recebi o número de Setembro do “Le Journal de Coelio-chirurgie” com quem a nossa Revista tem um acordo de publicação cruzada.

Neste número era dado grande ênfase ao protagonismo mediático de uma Professora de Cirurgia francesa que publicou um artigo no Lancet e que apresentou o mesmo assunto no Congresso Francês de Cirurgia, sobre a comparação de resultados entre a terapêutica conservadora, com antibioterapia, versus a tradicional apendicectomia (“clássica” ou laparoscópica – que não vamos agora discutir), em “apendicite aguda não complicada”.

Além da discussão imediatamente levantada entre cirurgiões, a referida profissional obteve honras de “Scoop” (“Caixa” jornalística) em vários meios de informação franceses, possivelmente com participação directa (este ponto não é claro).

Achei que seria interessante e educativo, publicarmos estes dois textos, um Editorial e um texto crítico, levantando também a discussão entre nós. O artigo do Lancet terá de ser consultado pelos leitores interessados, uma vez que não nos é permitida a sua publicação.

A discussão do assunto apendicite é alargada no Editorial que agora publicamos a outro ponto que considero muito importante: o diagnóstico da apendicite.

Também entre nós encontramos os mesmos problemas de sequência de observações e de exames de imagem para diagnóstico.

O jovem a que me referi acima também passou por ecografia (!) e por TAC diagnósticos antes de ser observado pelo cirurgião. Os dois exames foram “inconclusivos”, o que contribuiu para as dúvidas da mãe que não compreendia porque o clínico punha um diagnóstico que implicava intervenção cirúrgica quando “os exames não faziam esse diagnóstico!”

Espero que este assunto leve a discussão e ao envio dos vossos pontos de vista.

*José M. Schiappa*

PS: O jovem tinha uma apendicite!



SCOOP: Le Figaro: "La Professeure..."

Actu Pharma: "La Professeure..."

Europe 1: "La Professeure...":

## "Appendicite... Bientôt la fin des opérations... Vers l'adieu au bistouri..."

À PEINE NOMMÉE, CETTE CHIRURGIENNE A-T-ELLE  
RENONCÉ À LA CHIRURGIE?

*E. Estour*

Valence – France

*Une nouvelle étoile au firmament de la chirurgie française explique aux auditeurs par voie de presse et d'interviews TV la méthode pour exposer ses patients à être opérés en péritonite ou pourquoi opérer simple quand on peut opérer compliqué ! et pourtant, l'appendicite c'est une maladie sérieuse! et la cœlio-appendicectomie, pour qui en possède les techniques et la pratique, est un énorme progrès à la fois diagnostic et thérapeutique, sûrement plus sûr et économique pour les patients et la société que les antibiotiques, les scanners répétés, les abcès et péritonites et les futures épidémies de souches résistantes ou mutantes.*

### HISTOIRES VRAIES

*L'appendicite aux antibiotiques (sans chirurgie), ça tue*

1 – Un jeune cadre dynamique ressent quelques douleurs abdominales peri ombilicales vagues, variables, avec quelques nausées qu'il attribue à une "gastro", dont il est souvent question à la télévision.

La semaine se passe sans trop de problème; un agenda professionnel très rempli lui occupe l'esprit, faisant passer au deuxième plan ce dérangement abdominal. Le samedi matin le bureau est fermé, pas de souci de travail. Le malaise abdominal persiste malgré quelques Di-Antalvic et autres comprimés de la pharmacie familiale. Il pense alors le moment venu de consulter son médecin de famille. Mais problème:

Reprodução de artigo de acordo com o "Le Journal de Coelio-chirurgie", Copyright SREC Diffusion. Este artigo não pode ser publicado sob qualquer forma sem o acordo dos detentores do Copyright. Artigo original publicado em "Le Journal de Coelio-chirurgie", nº 79, Setembro de 2011.



son médecin est parti en week-end et le cabinet est fermé jusqu'à lundi matin. Pas d'affolement, il va donc attendre lundi en se reposant et se mettant à la diète. Le dimanche matin, ça ne s'arrange pas, l'après-midi c'est plutôt moins bien, à 16h il se décide, prend quelques affaires et va au service d'urgence du CHU proche.

Il est vu dans la soirée par l'interne de garde, bilan non contributif, mais celui-ci mentionne sur la fiche "appendicite probable" et le patient est mis en perfusion avec sédatifs, glace, antibiotiques et muté dans un service de chirurgie digestive. Le lundi matin, réhydraté et calmé il se sent un peu mieux, il est vu par le CCA ou l'agrégé qui demande une échographie, peu contributive, puis un scanner dans l'après-midi, peu contributif; il est décidé de le garder en observation en continuant les perfusions.

Dans la nuit suivante, aggravation brutale, choc septique et malgré l'artillerie lourde: Décès. L'artillerie légère de la coelio le dimanche soir ou le lundi matin lui aurait été plus favorable ! Plainte, procédure, malgré l'avis d'un éminent expert (Pr ...) qui concluait comme l'interne... la conclusion est: "on a fait tout ce qu'on pouvait... il n'y a rien à dire." Mais on n'a pas fait ce qu'on aurait dû faire, soit une coelio le dimanche soir ou le lundi matin.

L'expert a été cité à l'ordre par ses confrères !!

**L'appendicite aux antibiotiques, ça peut être très grave !!**

2 – Madame X, 37 ans, 1m61, 55 kg, sportive, est mariée depuis quelque temps à un médecin anesthésiste. Elle a suivi son mari dans sa nouvelle installation à distance de sa ville natale. C'est le bonheur... Lui est golfeur, elle est sportive, elle fait de la danse, elle est surtout exigeante sur son physique et ses tenues qu'elle porte particulièrement bien. Depuis quelque temps, elle a mal au ventre, mais sans rien de précis. Par prudence, son mari, médecin anesthésiste, indirectement mais quotidiennement confronté aux problèmes abdominaux, lui fait faire un bilan biologique qui montre une discrète augmentation des globules blancs et de la CRP. Le reste est négatif. Cependant le tableau s'aggrave sans rien de catastrophique; par

prudence, le mari demande une échographie qui est également peu contributive. En tout état de cause, il n'y a pas d'autre lésion. Confiant dans les traitements médicaux, hésitant à confier Madame à des chirurgiens qu'il côtoie tous les jours et avec qui il a eu peut-être quelques mots au sujet d'une plage opératoire, il prescrit à Madame une antibiothérapie qu'elle va prendre pendant 5 jours.

Hélas, les choses ne se passent pas comme il l'aurait souhaité. Un samedi après midi, le tableau s'aggrave, c'est l'appendicectomie compliquée en urgence, c'est l'abcès drainé... c'est l'occlusion postopératoire précoce, c'est la reprise par voie médiane, c'est le tableau qui se dégrade tous les jours et c'est le transfert en catastrophe d'une malade septique, dénutrie. C'est le séjour en réanimation pendant plusieurs semaines avec une double iléostomie... beau résultat !!! Très coûteux et mutilant, heureusement, sujet sain (ASA1), la patiente est encore en vie.

**L'appendicite sans appendicectomie, ça n'est pas simple et ce peut être humainement et financièrement très coûteux !!**

Deuxième péritonite appendiculaire 42 ans après !!

Mr X. âgé de 48 ans, en bon état général jusque-là, est adressé à la clinique pour une péritonite d'apparition brutale: état général conservé, mais défense diffuse prédominant dans l'hypochondre et la fosse iliaque droite. Le patient a eu à l'âge de 6 ans probablement un drainage simple par Mac Burney d'une péritonite appendiculaire, drainage suivi d'un traitement antibiotique prolongé; il dit être certain que l'appendice n'a pu être enlevé. Depuis cette date les poussées douloureuses se sont répétées à intervalle variable, sans que jamais ne soit envisagé une intervention chirurgicale... l'intervention est pratiquée dans les heures qui suivent l'hospitalisation après perfusion d'antibiotiques: A.G., insufflation par Veress dans l'hypocondre gauche, optique de 10 mm en ombilical, on découvre une péritonite diffusante avec volumineux abcès du Douglas en "lac de pus vert", et collection latéro-cæcale: Aspiration, lavage soigneux. En suivant le trajet de l'abcès iliaque droit on pénètre dans une vaste gangrène occupant l'espace inter-



cæco-pariétal, en avant, latéralement et en arrière; libération progressive à l'aspiro-laveur qui mène sur une gangrène appendiculaire en "colimaçon" nichée dans la face antérolatérale du cæcum: typhlite intense noirâtre en regard de l'empyème appendiculaire qui marque son empreinte comme une "ammonite". Résection du cône cæcal dystrophique (2 coups d'Endo-GIA) puis appendicectomie ou plutôt gangrènectomie ou séquestrectomie rétrograde avec extraction de fécalomes. Lavage très soigneux d'un cæcum bien fermé mais cartonné et marqué par la pérityphlite au contact de la gangrène. Trois drains, charrière 20, l'un au Douglas et deux dans la F.I.D. Suites favorables, triple antibiothérapie. Apyrexie immédiate et prolongée. Ablation progressive des drains. On laisse sortir le malade au 10e jour, après 9 jours d'apyrexie.

Six jours après sa sortie, Monsieur X est réadressé à la clinique avec un syndrome douloureux de la F.I.D., fébrile, associé à une importante polynucléaire; à l'examen il existe une zone d'hyperesthésie intense au-dessus du Mac Burney en regard de la face antérieure du cæcum: 3e intervention, A.G., coelioscopie itérative par les mêmes orifices. Dissection à l'aspiro-laveur qui mène sur un abcès cloisonné de pus franc, situé sur la face antérieure du cæcum au niveau du "nid" ou de l'empreinte d'ammonite laissée sur cette face antérieure du cæcum par le vieil empyème. Après lavage soigneux, aucune autre lésion n'est mise en évidence, l'agrafage cæcal est parfait. Par l'ancien Mac Burney on met alors en place une double lame multitubulaire, l'une remontant vers le foie sur la face antérieure du cæcum qui est encore très modifié, l'autre descendant dans la F.I.D. Un drain siliconé charrière 20 est remis en place au Douglas. Le malade sera gardé 20 jours sous triple association d'antibiotiques, les lames retirées très lentement malgré une apyrexie rapide. Les suites sont alors définitivement favorables.

#### **Ces 3 observations amènent quelques réflexions:**

Malgré l'intoxication médiatisée qui tend à culpabiliser l'appendicectomie, tous les auteurs sont d'accord depuis fort longtemps sur la gravité potentielle de l'affection; rappelons ici le cas de Gambetta, célèbre victime du traitement médical de l'appendicite

et relisons le débat à l'Académie de Chirurgie en 1978 sur l'"Appendicite meurtrière", pour dire que *les complications sérieuses sont dans 95 % des cas le fait d'un diagnostic et surtout d'une indication opératoire trop tardifs.*

Cette méconnaissance a coûté la vie au premier patient, elle a exposé la vie et hypothéqué gravement l'avenir de la 2e patiente. Une appendicectomie plus précoce avant la première péritonite aurait pour ce 3e patient réglé le problème au début de l'affection avant la première péritonite. Et surtout une appendicectomie secondaire, lors des poussées douloureuses à répétition, aurait évité la deuxième péritonite et l'abcès itératif.

## DISCUSSION

Ces quelques exemples que tout chirurgien praticien expérimenté peut multiplier très largement, amènent à se poser des questions concernant d'une part la pertinence de l'étude Parisienne, les dangers de la médiatisation et enfin d'autre part la finalité d'un Professeur de Chirurgie.

### *1 – Du bon usage des antibiotiques et de la pertinence de l'étude*

Il est des règles de base que l'on serine à juste titre tant aux médecins qu'aux malades et que l'on enseigne même à grands frais à la T.V. populaire: "les antibiotiques c'est pas automatique!". Il est scientifiquement admis qu'il est important de connaître le germe et son antibiogramme et ne faire si possible qu'une frappe adaptée, ciblée et totale, sinon l'on s'expose à la sélection de souches résistantes qui créeront à moyen ou long terme des problèmes très défavorables chez les patients héritant de ces souches sélectionnées... Le très résistant ESCH allemand aura coûté quelques milliards d'euros. Alors quelle motivation à cette dérive: inconscience ou ignorance? ou simplement recherche du confort en évitant d'opérer la nuit ou le week-end ou de perturber des programmes réglés pour caser une appendicectomie qui est considérée par beaucoup comme une intervention mineure...



## *2 – Le diagnostic du ventre aigu doit-il être abandonné aux radiologues?*

Et combien de scanners irradiants coûteux et inutiles, alors que de nombreux organismes officiels s'alarment de la sur-irradiation actuelle en particulier par les scanners?

L'Autorité de sûreté nucléaire s'alarme à nouveau devant l'augmentation des doses administrées aux patients (+ 47 % en 5 ans) et les scanners représentent 58 % des doses reçues. Le Dr Bourguignon déclare: "on ne peut continuer comme ça, il faut penser à préserver la santé en particulier des enfants, les plus vulnérables, cette hausse incontrôlée pourrait favoriser la survenue de cancers!".

De même que les chirurgiens viscéraux ont pour la plupart d'entre eux abandonné aux endoscopistes tout un pan de la pathologie digestive, contrairement à leurs confrères urologues, aux gynécologues et aux orthopédistes, il apparaît que de plus en plus, le diagnostic des ventres aigus est court-circuité par les urgentistes et de ce fait par les radiologues, selon la séquence très porteuse Upatou – radiologue... chirurgien éventuellement.

Après un siècle de pratique et d'analyse clinique, le diagnostic d'appendicite aiguë est réglé à 95 % jusqu'à ce jour par le clinicien avec une anamnèse précise, un examen clinique minutieux dont le TR, et le laboratoire dans une séquence parfaitement mise au point. Mais cette méthodologie, privilégiant la clinique et l'examen, va à contre-sens du consumérisme actuel et de l'explosion du paraclinique, multipliant les acteurs intervenants souvent peu disponibles le week-end et les jours fériés, et très chronophage, dans une affection souvent urgente, chacun déchargeant sa responsabilité diagnostic sur le suivant. Cette évolution technique est certes très intéressante, mais aussi très coûteuse. En effet à notre époque, pourquoi et comment se priver du radiologue qui fera dès que possible une échographie, souvent douteuse, qualifiée de "peu productive" et donc entraînant dès que possible un scanner, délai transformant parfois l'appendicite évidente du matin en péritonite du soir. Mais alors combien de fois fera-t-on un scanner irradiant à

un sujet enfant ou à une femme jeune, puisqu'après traitement aux antibiotiques, le problème diagnostic va se reposer plus tard probablement en d'autres lieux ou d'autres services d'urgence. Le bénéfice en termes de coût financier, social et surtout humain paraît catastrophique et peu écologique.

## *3 – Du danger d'une médiatisation irresponsable*

**Oui à une éventuelle médiatisation confraternelle, non à une médiatisation grand public non contrôlée et sans contradiction.**

Elle touche en effet du grand public bien orienté dans les vues d'un orateur sans contradicteur, auditeurs qui comme en politique ne disposent pas de toutes les données du problème, omises plus ou moins volontairement. Il fut un temps où la réputation d'un opérateur et la notoriété d'un service se faisait très progressivement sur la qualité des soins prodigués, le faible taux de complications et la satisfaction des patients et des familles. Une intervention médiatisée n'était acceptable dans la communauté médicale que pour des Maîtres ou Experts Indiscutables du fait d'une longue pratique reconnue par de nombreux élèves. Certains très jeunes professeurs seraient-ils brutalement devenus bien meilleurs que leurs anciens et beaucoup plus expérimentés pour se permettre de laisser prôner dans la Presse grand public dont on connaît les capacités d'interprétation, des aphorismes erronés comme "l'appendicite ne s'opère plus" ou "l'appendicite se traite aux antibiotiques"? Ont-ils réfléchi à toutes les conséquences engendrées par le fait que ces opinions proférées "ex cathedra" se répandent dans la population générale mais aussi médicale et paramédicale de base et soient responsables de risques que ces "scientifiques" ne semblent pas appréhender: justification de l'attentisme chez nos confrères généralistes ou de prises en charges sauvages interprétées au pied de la lettre par nos amis Urgentistes?

## *4 – De la fonction de Professeur de Chirurgie*

Séance au congrès Français de Chirurgie: devant une centaine de confrères dont plus de la moitié vient



de régions subméditerranéennes, tropicales ou subtropicales, une chirurgienne, future Professeur explique qu'il faut traiter les appendicites aux antibiotiques !!! certes on traite bien ainsi les abcès dentaires, mais en ne laissant que temporairement la dent cariée qu'on enlèvera au plus tôt pour éviter la récurrence, l'abcès cérébral, l'endocardite, la septicémie. Cette nouveauté "géniale" fut très remarquée et entraîna une réaction particulièrement effarée de la salle !!! j'ai pu voir certains de mes collègues maliens en blêmir. Un collègue parisien à qui j'expliquais les dangers de prôner une telle pratique m'expliqua que l'appendicite n'existait pas en Afrique !!! sous-entendu "mais uniquement dans les cliniques françaises": étonnement de votre serviteur qui en avait vu 3 le même jour à l'Hôpital du "Point G." de Bamako, ainsi qu'un empyème abcédé le lendemain. Je lui conseillais alors de relire la publication de Baigrie R. et al. dans *British Journal of Surgery* (1995; 82: 933) pour considérer que l'appendicite est une affection sérieuse, répandue où l'abstention et le retard peuvent être graves.

J'avais toujours pensé que le rôle d'un Professeur de chirurgie était d'apprendre à ses élèves mais aussi aux autres médecins dont les urgentistes en particulier et aussi les radiologues, la bonne technique opératoire pour la bonne intervention et ses bonnes indications ! Il semble qu'il n'en soit rien.

Il faut savoir que plusieurs confrères-praticiens interrogés nous signalent qu'ils voient depuis quelque temps autant d'appendicites mais pour certains plus de 70 % d'abcès et de péritonites. Les urgentistes Upatou et certains jeunes médecins praticiens ont enregistré la leçon qui venait de haut par mass médias interposés, les patients récoltent un peu plus tard les péritonites.

Enfin on pourrait penser que ce rôle consiste à enseigner aux jeunes chirurgiens comment après avoir posé un diagnostic raisonné d'appendicite, on réalise de la meilleure façon une coelio-appendicectomie pour le plus grand bien du malade. C'est par l'appendicectomie et par la cure de hernie que le jeune chirurgien apprenait traditionnellement le geste formateur: la coelio-appendicectomie et la coelio-hernioplastie

doivent être aujourd'hui des prérequis à la qualification chirurgicale au moins autant que la cholécystectomie. Ce n'est pas en faisant de l'expérimentation et des ordonnances d'augmentin, que nos jeunes chirurgiens apprendront à opérer, ce à quoi ils sont destinés et c'est ce manque de pratique qui explique que l'on ait pu voir par exemple dans un bon CHU une jeune chirurgienne agraffer le tronc coeliaque au lieu de la splénique: la Coelio-chirurgie ça s'apprend, mais pas en faisant des ordonnances.

## DISCUSSION

Mais pourquoi et comment expliquer une telle attitude de la part de jeunes chirurgiens, car la situation n'est pas à Paris et en France comme en Australie ou au nord de l'Alaska à plusieurs milliers de kms parfois d'un centre chirurgical justifiant une conduite particulière??

En fait, on ne fait bien que ce que l'on sait faire en le faisant souvent et si on ne sait pas trop bien faire, on a tendance à trouver des solutions de facilité pour contourner l'obstacle, "éviter" ! C'est humain. Dans certains services qu'a connus la Professeur..., la coelio-chirurgie dans les années 94-97... passa vite au 2e plan, voire à la trappe pour certaines affections, ainsi concernant le point test du traitement des hernies de l'aîne, jugé probablement trop difficile à acquérir et à enseigner; on y vit très rapidement la généralisation de pratiques conventionnelles tellement plus rapides et simples (181 hernies coelio pour 204 ouvertes entre 92 et 94 et seulement 47 hernies coelio pour 5 opérateurs (9 par opérateurs et par an) pour 75 ouvertes en 1997: service donc plus laparotomiste que coelioscopiste, dont le patron, "animateur" en laparoscopie, prônait le Lichtenstein).

Essayons de comprendre cette situation psychologique d'anxiété qui pousse à éviter d'opérer face à une indication impérieuse: "L'urgence appendiculaire coelioscopique nous embête..., certains augures disent même que la coelio n'est pas recommandée..., c'est gentil de leur part, on n'est pas très bons, on a



2 % d'abcès abdominaux secondaires. Et bien ne les opérons plus ! On sait que très souvent ça se calme spontanément, temporairement: c'est la très classique accalmie trompeuse de Dieulafoy (le patient et sa famille sont très contents quand on leur annonce que l'intervention n'est pas nécessaire, mais leur a-t-on dit le risque d'abcès et de péritonites? Profitons-en donc. D'autres opéreront plus tard les patients en péritonite, affection dont on semble ne plus connaître la gravité immédiate et les séquelles définitives, viscérales chez le tout-venant et gynécologiques chez les fillettes et jeunes femmes.

Mais dans ce cas, qu'a-t-on dit initialement et que dira-t-on au patient ou à la mère de la petite fille qui aurait pu être guéri en 48h sans séquelles et qui quelques semaines après se retrouve dans une garde surchargée de week-end, fendue du pubis à la xiphoïde, ou bien qui meurt jeune d'un choc septique (on n'en parle moins que des accidents de trocars au début de la décennie, car en général on aura selon la formule fait tout ce qu'on pouvait faire: écho, scanner et perfusions d'antibiotiques que prônent certains augures !... et réanimation intensive. Mais pas une coelio en urgence.

**Alors... Inexpérience, inconscience, irresponsabilité ou désir de reconnaissance médiatisée, hors du milieu médical !!** Cela n'est en tout cas sûrement pas très éthique et c'est un grand dommage pour l'école Parisienne.

*Pour conclure, nous voudrions rappeler que:*

1 – L'appendicite est une urgence trompeuse et qui peut être fatale;

2 – Que la coelio-appendicectomie bien faite assure à moindre frais diagnostic et traitement, à une époque

où personne ne discute l'anesthésie générale pour des colonoscopies de détection ou des extractions dentaires;

3 – Que mieux que le simulateur, elle assure une mise en conditions réelles du jeune chirurgien et représente un pilier de l'apprentissage chirurgical;

4 – Qu'en toute hypothèse, tout abdomen aigu et tout soupçon d'appendicite implique un examen clinique précoce par un chirurgien SENIOR, qui seul a l'aptitude à prendre des décisions nécessitant souvent d'être rapides et justes et pourra éviter des scanners irradiants répétés;

5 – Qu'enfin tout chirurgien qui par sa démission, son abstention, exposera son patient aux complications graves que sont les abcès, les péritonites et les séquelles qu'ils entraînent à moyen et long terme, s'expose à son tour à être poursuivi à juste titre pour information trompeuse et exposition de son patient à une sévère perte de chance. Au pays de H. Mondor et Ph. Mouret, cela méritait d'être dit. Le directeur de la publication A nos lecteurs: pour en savoir plus, tapez dans Google: Appendicite et Professeur Corinne VONS et donnez votre opinion sur le sujet.

**Au pays de H. Mondor et Ph. Mouret, cela méritait d'être dit.**

**Le directeur de la publication**

*A nos lecteurs: pour en savoir plus, tapez dans Google: Appendicite et Professeur Corinne VONS et donnez votre opinion sur le sujet.*

