

Particularités de l'appendicite aiguë du sujet âgé en milieu hospitalier burkinabè

S. OUEDRAOGO¹*, A. SANOU¹, M. ZIDA¹,
A. P. OUEDRAOGO¹, S. S. TRAORE¹

Résumé

L'appendicite aiguë du sujet âgé reste une affection au diagnostic difficile. Son pronostic demeure réservé. Le but de cette étude a été de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques de l'appendicite aiguë du sujet âgé à l'hôpital régional de Tenkodogo et de dégager les particularités.

Nous avons conduit dans le service de chirurgie générale de l'hôpital régional de Tenkodogo, une étude transversale descriptive qui a couvert la période allant de 2010 à 2014. Tous les patients âgés de 65 ans et plus, admis durant cette période et chez qui le diagnostic d'appendicite aiguë a été posé, ont été inclus dans l'étude. Au total, 41 patients ont été répertoriés. Leur âge moyen a été de 71 ans ($\sigma = 3,2$ ans). La prédominance masculine a été notée, avec 27 cas (65,8 %). Le délai moyen de consultation a été de 4 jours ($\sigma = 1,7$ jours). Les douleurs abdominales et les vomissements ont été les principaux motifs de consultation. L'association douleur et défense de la fosse iliaque droite a été retrouvée dans 8 cas (19,5 %). L'échographie a été le principal examen complémentaire réalisé. Elle a retrouvé une augmentation des dimensions de l'appendice dans 24 cas (58,5 %). Le délai moyen de diagnostic à partir de l'admission a été de 1,8 jour ($\sigma = 0,3$ jour). Tous les patients ont bénéficié d'une appendicectomie par laparotomie. Des complications post opératoires ont été notées chez 15 patients (36,6 %). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 7 jours ($\sigma = 1,1$ jour). Un décès a été enregistré, soit un taux de mortalité de 2,4 %.

L'appendicite aiguë est une urgence abdominale courante chez le sujet âgé. Le délai de diagnostic est long et la morbidité est importante.

Mots-clés : appendicite aiguë, sujet âgé.

Particularities of acute appendicitis in the elderly in Burkina Faso

Abstract

Acute appendicitis in the elderly remains a disease that is difficult to diagnose. Its prognosis is not reassuring. The aim of this study was to describe the clinical and therapeutic aspects of acute appendicitis in the elderly at the regional hospital of Tenkodogo.

We led into the surgery department of the regional hospital of Tenkodogo, a retrospective study which covered the period going from 2010 to 2014. All patients aged 65 and over who had acute appendicitis were included.

41 patients were identified, representing 9% of all acute appendicitis diagnosed during the study period. Their mean age was 71 years. Men were more numerous, with 27 cases (65.8%). The average delay of consultation was 4 days. Abdominal pain and vomiting were the main reasons for consultation. Pain and abdominal tenderness in the right iliac fossa were found in 8 of 41 cases (19.5%). Ultrasonography was

¹ Université de Ouagadougou

* Auteur correspondant : Dr Souleymane OUEDRAOGO, Université de Ouagadougou, Téléphone: 0022676587850 ;

E-Mail: souleymane.oued@yahoo.fr

the main supplementary examination. It showed an increase of the appendix dimensions in 24 cases (58.5%). The average time to diagnosis was 1.8 days. All patients underwent open surgery. Post-operative complications were noted in 15 patients (36.6%). The mean hospital stay was 7 days. One death was recorded, representing a mortality rate of 2.4%.

Acute appendicitis is a common abdominal emergency in the elderly. The diagnosis period is long and morbidity is important.

Keywords: acute appendicitis, elderly.

Introduction

L'appendicite aiguë demeure une urgence chirurgicale fréquente avec de multiples challenges. La simplicité de son diagnostic dans sa forme typique contraste grandement avec sa complexité, tant diagnostique que thérapeutique dans ses formes atypiques. Les formes atypiques de l'appendicite aiguë sont nombreuses. Parmi ces formes cliniques, l'appendicite aiguë du sujet âgé est présentée comme une entité clinique pouvant entraîner des retards diagnostiques et donc des complications évolutives graves (BROKER *et al.*, 2012 ; GHNNAM, 2012) ; NSHUTI *et al.*, 2014).

En occident, le diagnostic des formes atypiques de l'appendicite aiguë est facilité par l'avènement des examens paracliniques performants comme le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (JOHANSSON *et al.*, 2007 ; SHAH *et al.*, 2015). Dans ces pays, il est de nos jours recommandé de toujours confirmer le diagnostic d'appendicite aiguë par l'imagerie avant tout geste chirurgical (DE CASTRO *et al.*, 2012). En milieu rural africain, l'inaccessibilité de ces examens d'imagerie fait que l'examen clinique garde encore une place de choix dans le diagnostic de l'appendicite aiguë (ABUDU *et al.*, 2011). Ce diagnostic clinique pourrait être facilité par une meilleure connaissance des particularités de certaines formes cliniques, comme celle du sujet âgé. Notre étude vise à décrire les particularités cliniques et paracliniques de l'appendicite aiguë du sujet âgé à en milieu rural burkinabè afin de dégager les particularités.

Méthodologie

Type d'étude

Le but de cette étude a été de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques et échographiques des appendicites aiguës du sujet âgé à l'hôpital régional de Tenkodogo et de dégager les particularités. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive réalisée entre le 1^{er} et le 30 mars 2013. Elle a inclus les dossiers de tous les patients de 65 ans et plus opérés pour appendicite aiguë durant la période allant du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2014.

Site de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie de l'hôpital régional de Tenkodogo, au Burkina Faso.

Population de l'étude

La population d'étude était constituée des patients des 2 sexes chez qui il a été réalisé une chirurgie abdominale entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014. Nous avons retenu pour l'étude les patients des 2 sexes, âgés de 65 ans et plus, opérés pour appendicite aiguë et dont les

données cliniques, paracliniques et thérapeutiques étaient disponibles. Le diagnostic d'appendicite aiguë a été évoqué à l'examen clinique et confirmé à l'échographie abdominale. Les dossiers ne contenant pas d'information suffisante ont été exclus (6 cas).

Procédures de collecte et d'analyse des données

La collecte des données s'est faite entre le 1^{er} janvier 2013 et le 10 mars 2013. Les dossiers cliniques des patients, les registres d'admission et les comptes rendus opératoires ont constitué les sources de collecte des différentes données. Les variables étudiées ont été l'âge, le sexe, le délai de consultation, les signes cliniques, biologiques et échographiques, le délai du diagnostic, les données per opératoires, la durée d'hospitalisation, les complications évolutives et la mortalité. Ces données ont été recueillies sur une fiche individuelle préétablie et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO.

Considérations éthiques

L'étude a été autorisée par le directeur général de l'hôpital régional de Tenkodogo. La collecte des données s'est faite dans le respect de l'anonymat des patients.

Résultats

Un total 41 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge des patients a varié entre 65 et 83 ans. La moyenne d'âge a été de 71 ans ($\sigma = 3,2$ ans). Il y avait 27 hommes (65,8 %) et 14 femmes. Le sex ratio a été de 1,9. La répartition des patients par tranche d'âge et par sexe est présentée dans la figure 1.

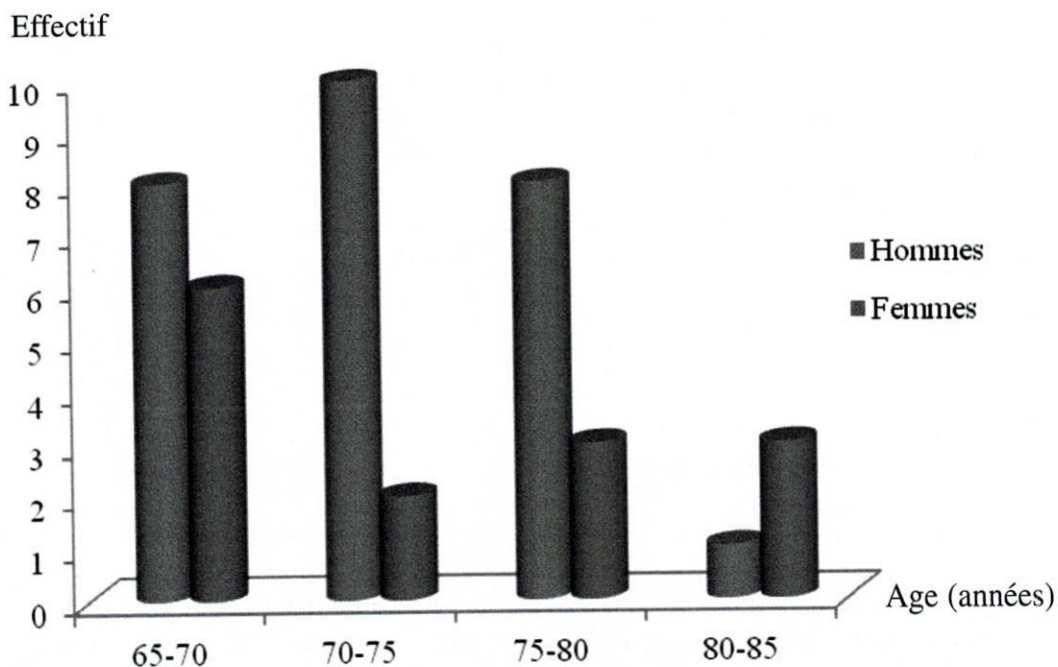


Figure 1. Répartition des patients par tranche d'âge et par sexe.

Sur le plan clinique, le délai moyen de consultation a été de 4 jours ($\sigma = 1,7$ jours). Les principaux motifs de consultation ont été la douleur abdominale et les vomissements. La douleur abdominale était diffuse dans 20 cas (51,2 %). Elle siégeait dans la région péri ombilicale dans 7 cas (17,1 %), à la fosse iliaque droite dans 8 cas (19,5 %). Dans 6 cas (14,6 %), les patients n'étaient pas arrivés à établir une localisation de la douleur. Les signes physiques les plus fréquents ont été la défense abdominale et le météorisme abdominal. La défense abdominale était diffuse dans 19 cas (46,3 %). Elle était localisée uniquement à la fosse iliaque droite dans 12 cas (29,3 %), à la région hypogastrique dans 7 cas (17,1 %). L'ensemble des signes cliniques retrouvés est présenté dans le tableau I.

Tableau I. Les signes cliniques retrouvés.

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	41	100
Défense abdominale	38	92,7
Nausées ou Vomissements	37	90,2
Anorexie	29	70,7
Météorisme abdominal	20	48,8
Arrêt du transit	17	41,5
Fièvre	12	29,3

L'hémogramme a été réalisé chez tous les patients. Elle a noté une hyperleucocytose dans 22 cas (53,7 %), une leucopénie dans 5 cas (12,2 %). Dans 14 cas (34,1 %), le nombre de leucocytes était dans les limites de la normale. Le dosage de la C-Réactive Protein (C.R.P) a été réalisé chez 12 patients et le taux était élevé dans 7 cas sur 12 (58,3 %). Tous les patients ont bénéficié d'une échographie abdominale. Les signes échographiques les plus fréquemment retrouvés ont été l'augmentation du diamètre et l'épaississement de la paroi appendiculaires. L'ensemble des signes échographiques retrouvés figurent dans le tableau II.

Tableau II. Signes échographiques

Signes échographiques	Effectif	Pourcentage (%)
Epaississement paroi appendiculaire	24	58,5
Augmentation diamètre appendiculaire	23	56,1
Appendice non compressible	15	36,6
Infiltration graisse peri appendiculaire	07	17,1
Présence de stercorite intraluminaire	03	07,3
Epanchement péri appendiculaire	02	04,9

Le délai moyen de diagnostic à partir de l'admission a été de 1,8 jour ($\sigma = 0,3$ jour). Le diagnostic évoqué en premier lieu à l'entrée a été correct dans 10 cas (24,4 %). Tous les patients ont bénéficié d'une appendicectomie par laparotomie. Le délai moyen de prise en charge chirurgicale a été de 2,3 jours ($\sigma = 0,2$ jour). A l'ouverture de la cavité abdominale, l'appendice était

d'aspect phlegmoneux dans 17 cas sur 41 (41,5 %), d'aspect gangréné dans 16 cas (39 %) et d'aspect catarrhal dans 8 cas (19,5 %).

L'examen histologique de la pièce opératoire a été réalisé dans 8 cas. Elle a noté un appendice ulcéré et suppuré dans 5 cas et un appendice abcédé dans 3 cas.

Sur le plan évolutif, la durée moyenne d'hospitalisation a été de 7 jours ($\sigma = 1,1$ jour). Des complications sont apparues chez 15 patients (36,6 %). Ces complications étaient représentées par l'infection superficielle du site opératoire dans 11 cas, les péritonites post opératoires dans 2 cas. Une fistule stercorale a également été notée. Un décès a été enregistré, soit une mortalité de 2,4 %.

Discussion

Nous avons repertorié 41 cas d'appendicite du sujet âgé en 5 ans. La littérature suggère qu'entre 5 et 10 % des appendicites aiguës surviennent chez le sujet âgé (GHNNAM, 2012 ; SU *et al.*, 2011). L'appendicite aiguë représente la troisième indication de chirurgie abdominale chez le sujet âgé (SPANGLER *et al.*, 2014). Sa fréquence semble en augmentation avec l'amélioration de l'espérance de vie. Nous avons cependant noté une diminution progressive de la fréquence de l'appendicite aiguë avec l'âge. Notre étude a retrouvé une prédominance masculine avant 80 ans et une prédominance féminine après 80 ans. Cette prédominance-féminine au-delà de 80 ans pourrait s'expliquer par l'espérance de vie plus élevée chez les femmes. Dans la littérature, l'appendicite aiguë est globalement plus fréquente chez l'homme que chez la femme après 60 ans (SALAHUDDIN *et al.*, 2012).

Le délai moyen de consultation a été de 4 jours dans notre étude. De nombreuses études ont rapporté un délai moyen supérieur à 3 jours (NSHUTI *et al.*, 2014 ; OMARI *et al.*, 2014). Ceci traduirait le retard à la consultation du sujet âgé dans notre contexte. Le sujet âgé a une faible perception de la gravité des signes et le recours aux soins serait plus orienté vers l'automédication et la médecine traditionnelle. (GHNNAM, 2012).

Les signes cliniques dans notre étude ont été dominés par les douleurs abdominales et les vomissements. Ces signes sont aussi largement rapportés dans la littérature. (SU *et al.*, 2011) ; (LYON *et al.*, 2006). La particularité de la douleur dans l'appendicite aiguë du sujet âgé est sa localisation. Dans de nombreux cas, le patient n'arrive pas à indiquer une localisation précise. Dans 34,1 % des cas, cette localisation est différente de la fosse iliaque droite. Dans la littérature, la douleur de la fosse iliaque droite est absente dans environ 25 % des cas d'appendicite aiguë du sujet âgé (OMARI *et al.*, 2014). La défense de la fosse iliaque droite n'est présente que dans 19,5 % des cas. En définitive, seulement 50 % des sujets âgés présentent les signes cliniques classiques en cas d'appendicite aiguë (SALAHUDDIN *et al.*, 2012). Cette variation de la symptomatologie explique en partie les retards diagnostiques.

La mortalité a été de 2,4 % dans notre étude. Ce taux relativement élevé est similaire aux données de la littérature internationale qui rapportent des taux de mortalité compris entre 2 et 32 % (BLOMQVIST *et al.*, 2001 ; LUNCA *et al.*, 2004). Ainsi, le taux de mortalité de l'appendicite aiguë chez le sujet âgé est 4 à 8 fois plus élevé que chez le sujet jeune (OMARI *et al.*, 2014).

Conclusion

L'appendicite aiguë demeure un challenge pour le praticien. Dans près de la moitié des cas, la présentation clinique ne permet pas d'évoquer le diagnostic en premier lieu. La morbidité et la mortalité sont très élevées. L'examen clinique répété devant toute douleur abdominale du sujet âgé, associé à une prescription de l'échographie abdominale permet de limiter les retards diagnostiques.

Références bibliographiques

- ABUDU E. K., OYEBADEYO T. Y., TADE A. O., AWOLOLA N. A., 2011.** Surgical pathologic review of appendectomy at a suburban tropical tertiary hospital in Africa.
- BLOMQUIST P., ANDERSSON R., GRANATH F., 2001.** Mortality after appendectomy in Sweden, 1987-96. *Ann. Surg.*, 233:455-60.
- BROKER M. E., LIESHOUT V. M., ELST V. M., STASSEN L. P., SCHEPERS T., 2012.** Discriminating between simple and perforated appendicitis. *Journal of Surgical Research*, 176:79-83.
- DE CASTRO M. M., UNLU C., STELLER E. P., VAN WANGERSVELD B. A., VROUENRAETS B. C., 2012.** Evaluation of the appendicitis inflammatory response scores for patients with acute appendicitis. *World J. Surg.*, 36:1521-4.
- GHNAM W. M., 2012.** Elderly versus young patients with appendicitis: 3 years experience. *Alexandria Journal of Medicine*, 48:9-12.
- JOHANSSON E. P., RYDH A., RIKLUND K. A., 2007.** Ultrasound, computed tomography, and laboratory findings in the diagnosis of appendicitis. *Acta Radiol.*, 48:267-73.
- LUNCA S., BOURAS G., ROMEDEA N. S., 2004.** Acute appendicitis in the elderly patient: diagnostic problem, prognostic factors and outcomes. *Romanian journal of gastroenterology*, 13: 299-303.
- LYON C., CLARK D. C., 2006.** Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Am Fam Physician*, 74:1537-44.
- NSHUTI R., KRUGER D., LUVHONGO T. E., 2014.** Clinical presentation of acute appendicitis in adults at the Chris Hani Baragwanath academic hospital. *International Journal of Emergency Medicine*, 7:12-7.
- OMARI A. H., KHAMMASH M. R., QASAIMAH G. R., SHAMMARI A. K., YASEEN M. K. B., HAMMORI S., 2014.** Acute appendicitis in the elderly: risk factors for perforation. *World J Emerg. Surg.*, 9:6-10.
- SALAHUDDIN O., MALIK M. A., SAJID M. A., AZHAR M., DILAWAR O., SALAHUDDIN A., 2012.** Acute appendicitis in the elderly; Pakistan ordnance factories hospital, Wah Cantt experience. *J. Pak. Med. Assoc.*, 62:946-9.
- SHAH S. W. A., KHAN C. A., MALIK S. A., WAQAS A., TARRAR A. M., BHUTTA I. A., 2011.** Modified Alvarado score accuracy in diagnosis of acute appendicitis in adults. *Professional Med. J. Mar.*, 18:546-50.
- SPANGLER R., PHAM V. T., KHOUJAH D., MARTINEZ J. P., 2014.** Abdominal emergencies in the geriatric patients. *International Journal of Emergency Medicine*, 7:43-50.
- SU Y. J., LAI Y. C., CHEN C. C., 2011.** Atypical appendicitis in the elderly. *International Journal of Gerontology*, 5:117-9.