



Appendicite aigue au course de la grossesse à propose de 07 cas à Centre National de Protection Maternelle et Infantile du Janvier 2023 au Mai 2024

Dr. SOEUR Chansokha

18/07/2024

I. INTRODUCTION

- L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale non obstétricale la plus fréquente pendant la grossesse [1, 3].
- Il s'agit d'une association grave qui met en jeu les pronostics maternel et fœtal.
- Les signes d'appel sont polymorphes et trompeurs, source d'erreur diagnostique et retard thérapeutique [4, 5].

II. GÉNÉRALITÉ (1)

- **Modification de la situation de l'appendice au cours de la grossesse**
 - La grossesse modifie progressivement les rapports entre les organes de l'étage sous-mésocolique.
 - L'utérus augmente de volume et de poids, passant en 9 mois de 70 grammes à 1100 grammes en moyenne, pour un volume de 5 litres.
 - Les intestins et l'épiploon (donc l'appendice et le caecum) sont déplacés vers le haut et les cotés [6].

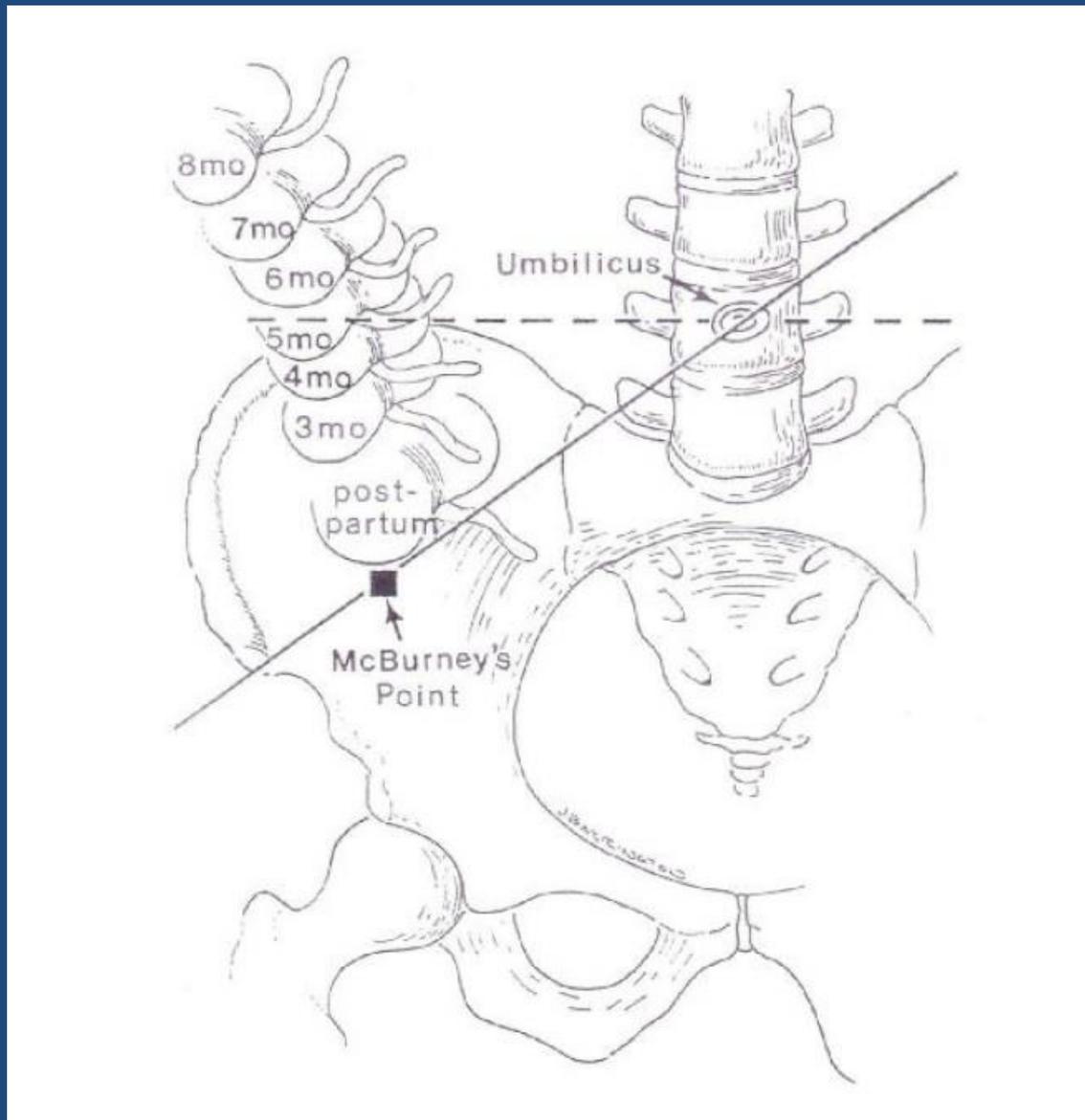


Figure 1: Déplacement de l'appendice et du caecum pendant la grossesse (d'après Horowitz)^[7]

II. GÉNÉRALITÉ (2)

La lésion inflammatoire définissant l'A.A. est, dans la grande majorité des cas, non spécifique. Selon l'atteinte des couches successives de la paroi appendiculaire, on peut distinguer :

1. l'appendicite catarrhale
2. l'appendicite ulcérée et suppurée
3. l'appendice abcédé
4. l'appendice gangreneux
5. l'appendice phlegmoneuse [8]
6. l'appendice perforée [9, 10]

III. OBJECTIFS

- Les objectifs de ce travail étaient d'identifier les aspects épidémiologiques et les difficultés diagnostiques, de rapporter les modalités les résultats du traitement des appendicites chez la femme enceinte.

IV. METHODE ET MATERIELS (1)

- Etude rétrospective du Janvier 2023 au Mai 2024
- 07 cas de l'appendicite aigue au course de la grossesse au Département de Chirurgie générale de Centre National de Protection Maternelle et Infantile(PMI), Phnom Penh

IV. METHODE ET MATERIELS (2)

1- Critères d'inclusion

- Les femmes enceintes opérées pour une appendicite aigue
- Les dossiers sont complets.

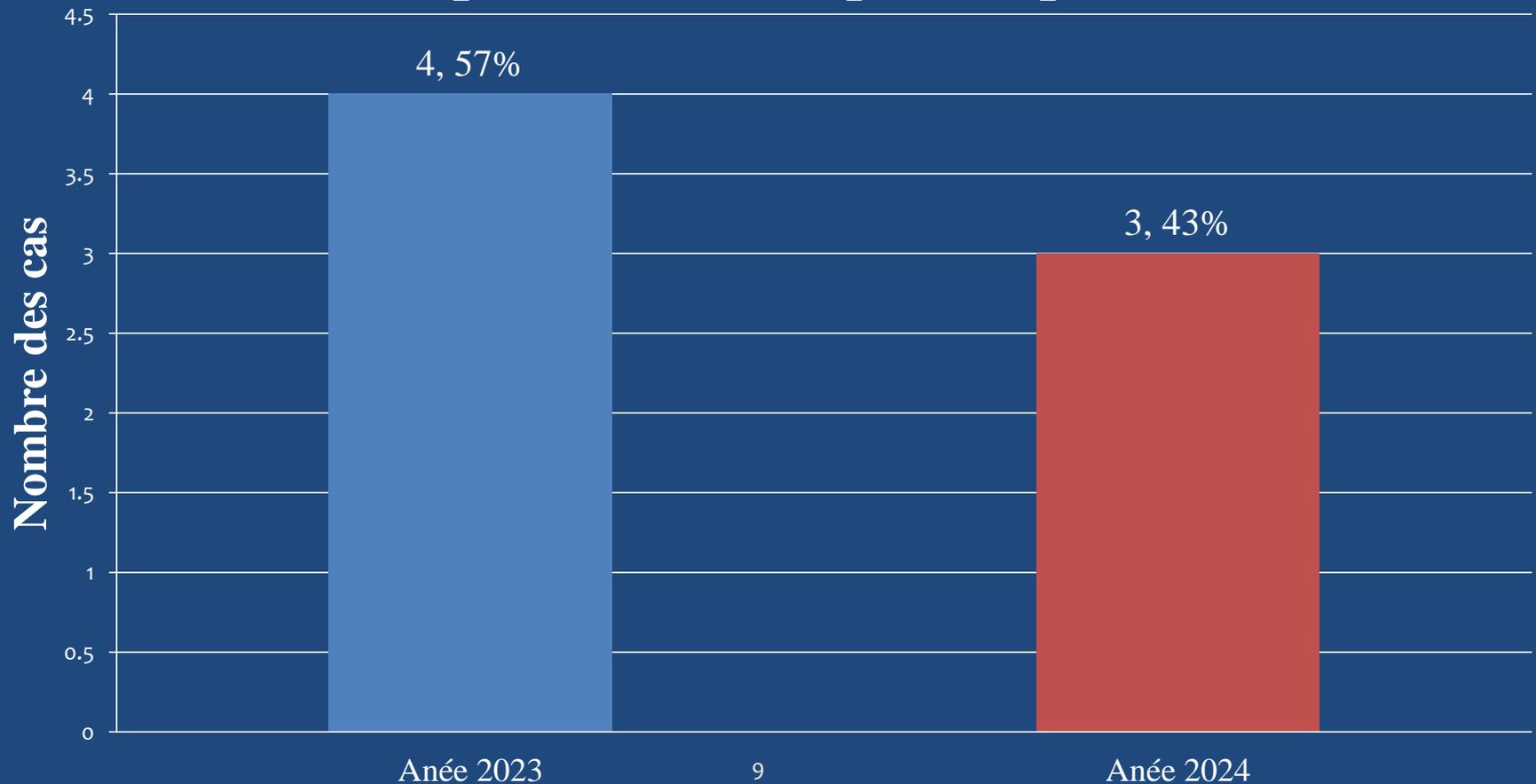
2- Critères d'exclusion

- Appendicite aigue non obstétricale

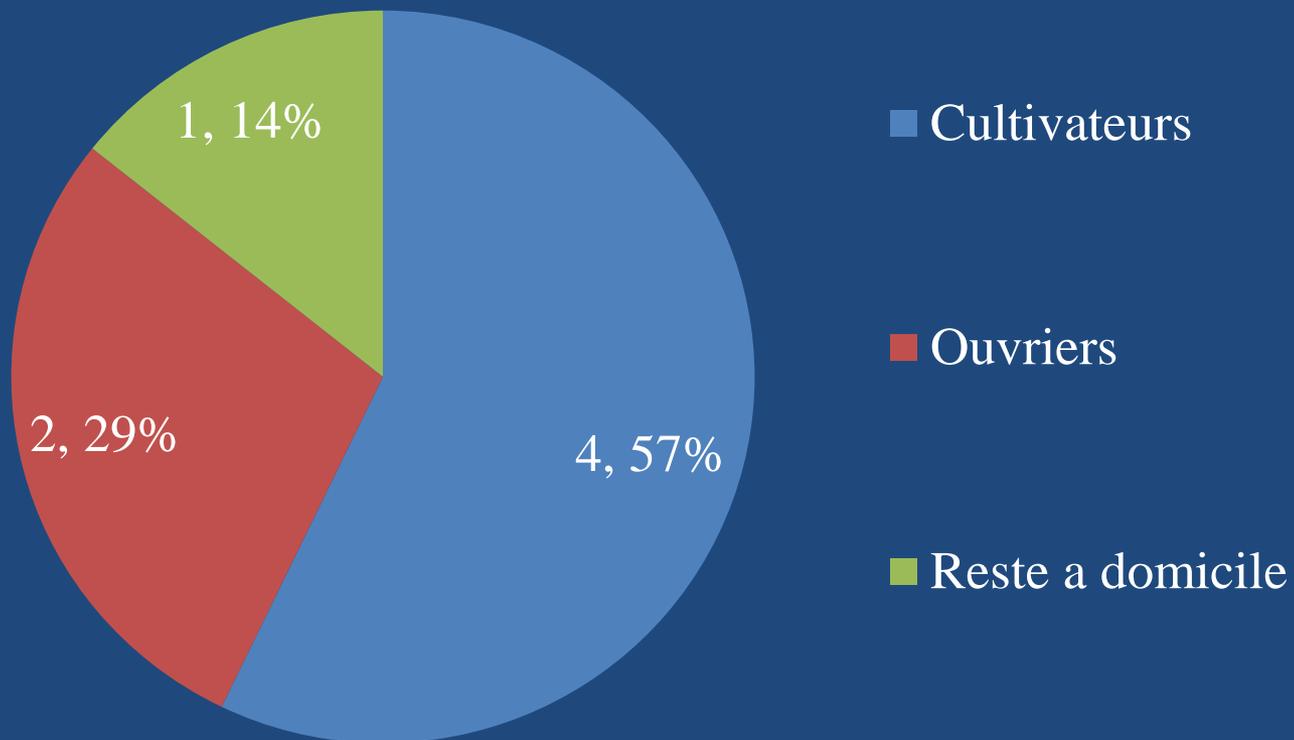
V. RÉSULTAT (1)

1. Aspects épidémiologiques

Répartition les fréquences par an



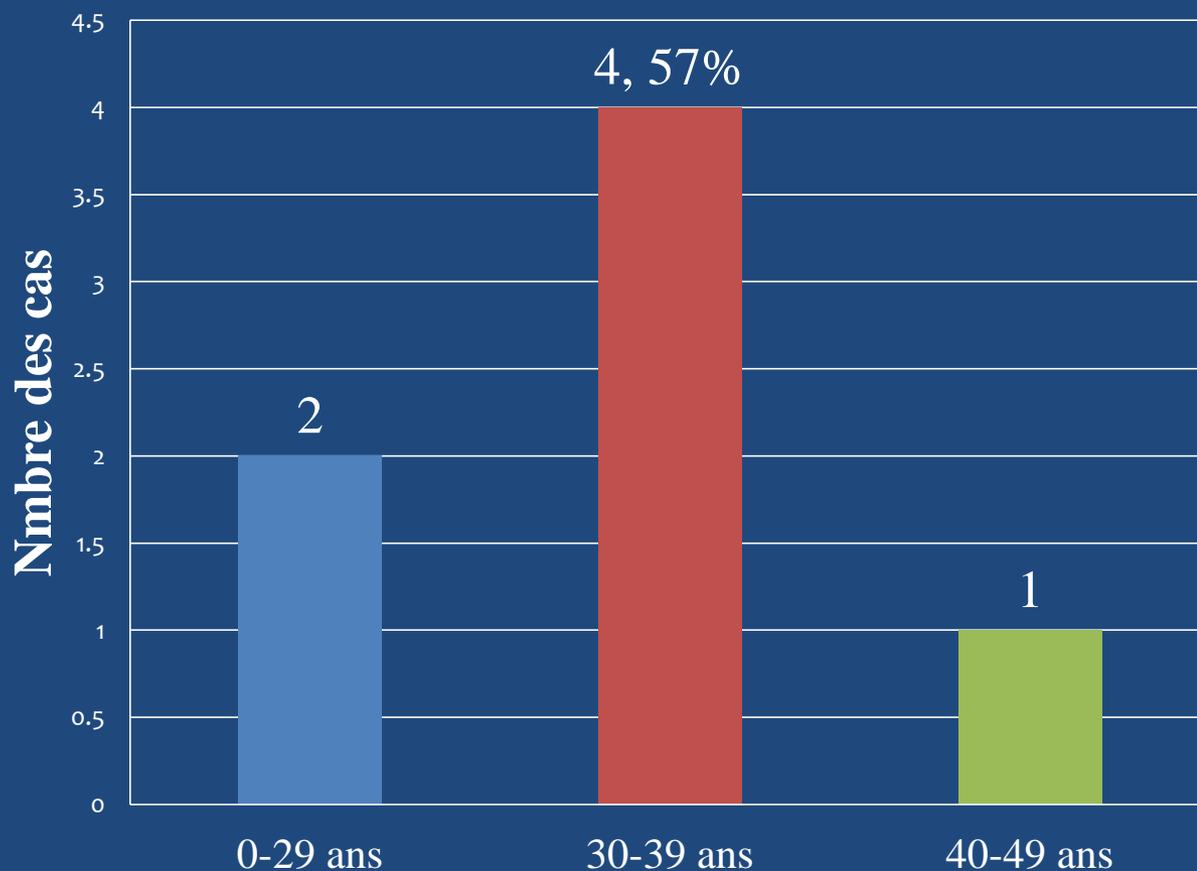
V. RÉSULTAT (2)



Répartition selon la profession

V. RÉSULTAT (3)

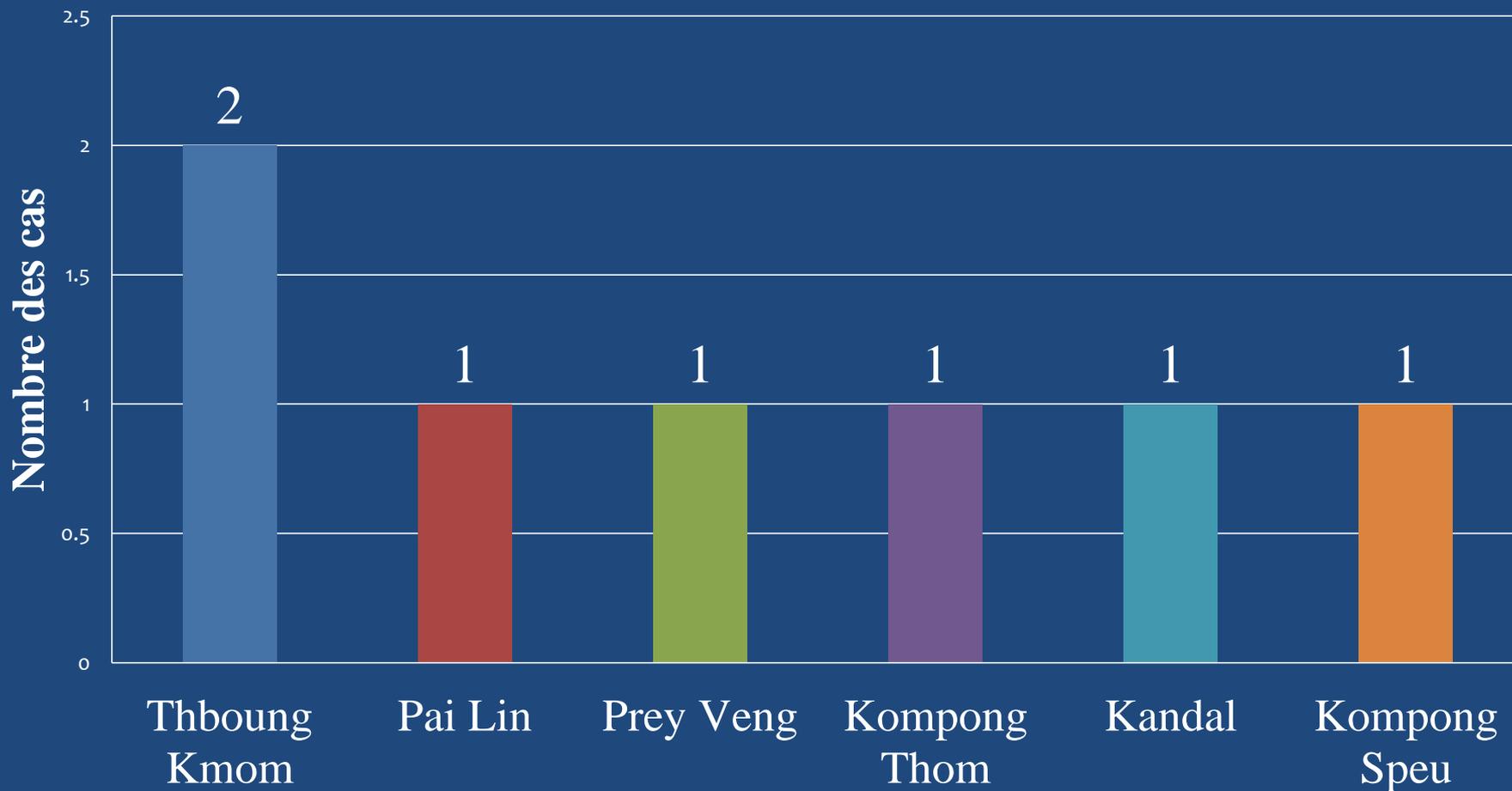
Répartition selon groupe d'âge



L'âge moyen des patients était de 31 ans (extrêmes: 21 et 42 ans).

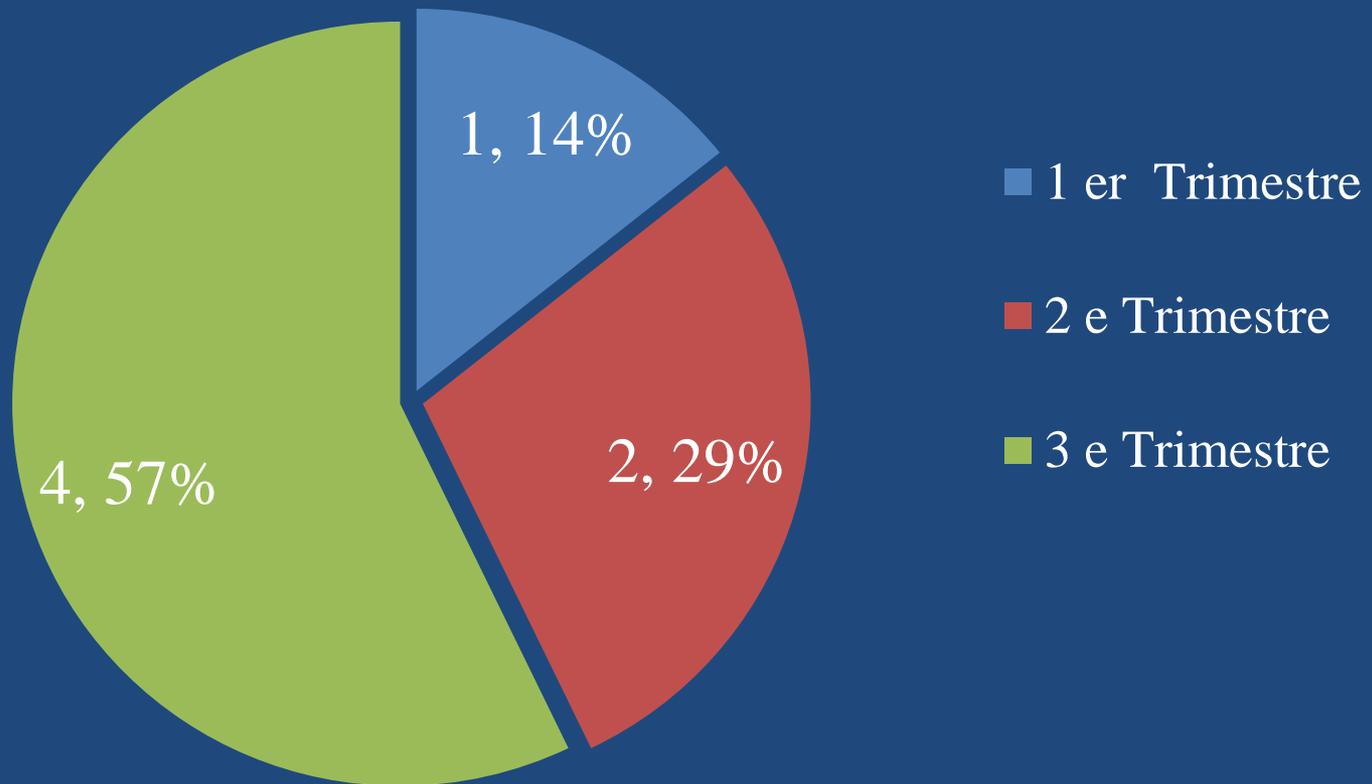
V. RÉSULTAT (4)

Répartition par géographique



V. RÉSULTAT (5)

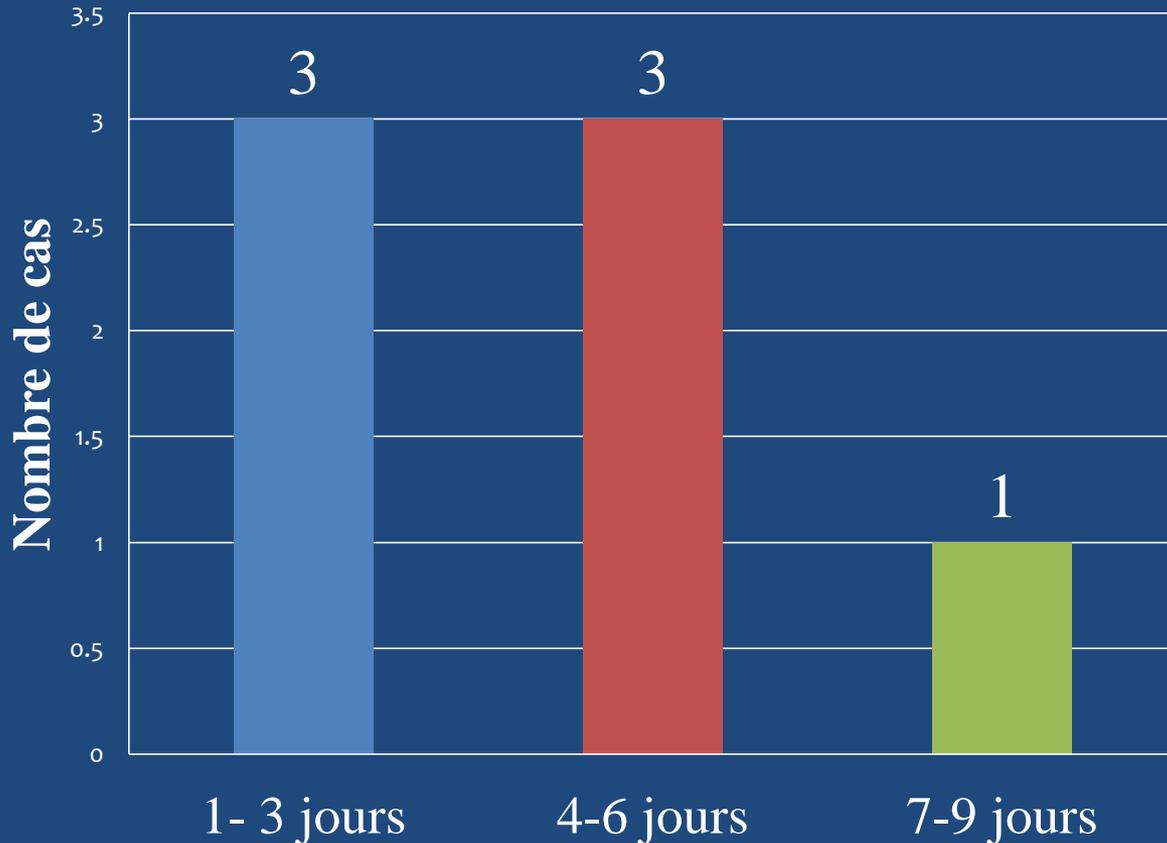
Répartition par l'age gestationnel



V. RÉSULTAT (6)

2. Aspects diagnostiques

Répartition par le délai de consultation



- Le délai de consultation était de 3.7 jours (extrême: 1 et 7 jours).
- Toutes les patientes avaient consulté pour une douleur abdominale.

V. RÉSULTAT (7)

Signe clinique

- **Douleur abdominal (n=7) (100%)**
- **1^{er} Trimestre :**
 - **Vomissement : 1 cas**
 - **Une douleur et une défense de la fosse iliaque droite : 1cas**
- **2^e Trimestre**
 - **Une douleur à la palpation de la FID et une défense de la FID : 2 cas**
- **3^e Trimestre**
 - **Une diarrhée : 1 cas**
 - **Une fièvre élever : 4 cas**
 - **Une douleur à la palpation du flanc droit : 1 cas**
 - **La douleur de l'hypochondre droit : 3 cas**

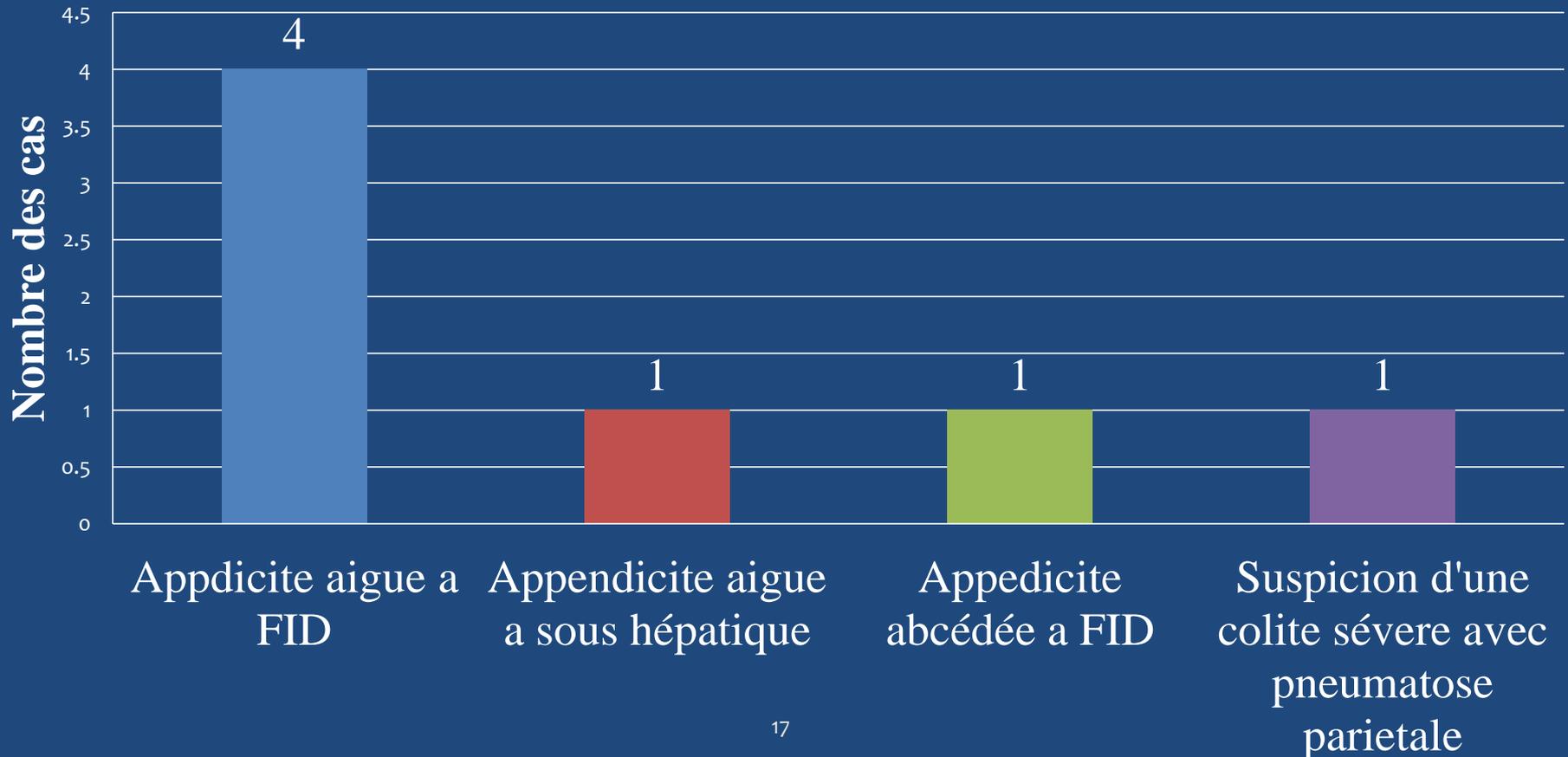
V. RÉSULTAT (8)

Para clinique

- Hyperleucocytose
 - $>10\ 000\text{GB}/\text{mm}^3$: 3 cas
 - $>15\ 000\text{GB}/\text{mm}^3$: 4 cas
- Polynucléaires Neutrophiles (PN) élever: 7 cas
- CRP élever : 7 cas, une moyenne de 65.1 mg/L. (extrême: 3.2mg/L-192mg/L).
- Echographie :
 - Appendicite aigue : 6 cas (86%)
 - Colite sévère : 1 cas (14%)

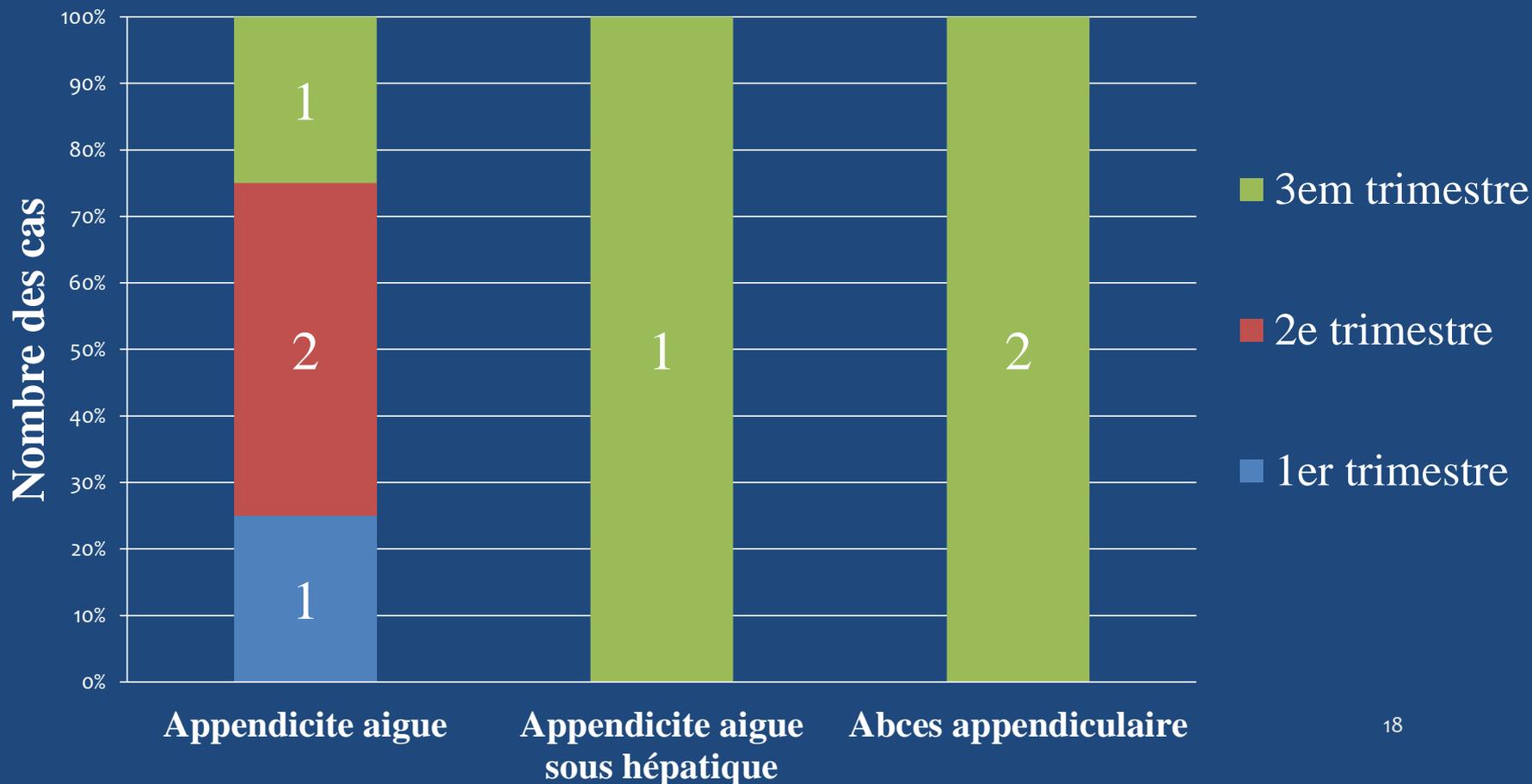
V. RÉSULTAT (9)

Répartition des patientes en fonction des signes échographiques



V. RÉSULTAT (10)

Répartition des formes cliniques en fonction de l'age gestationnel



V. RÉSULTAT (11)

3. Aspects thérapeutiques

Traitement antibiotique

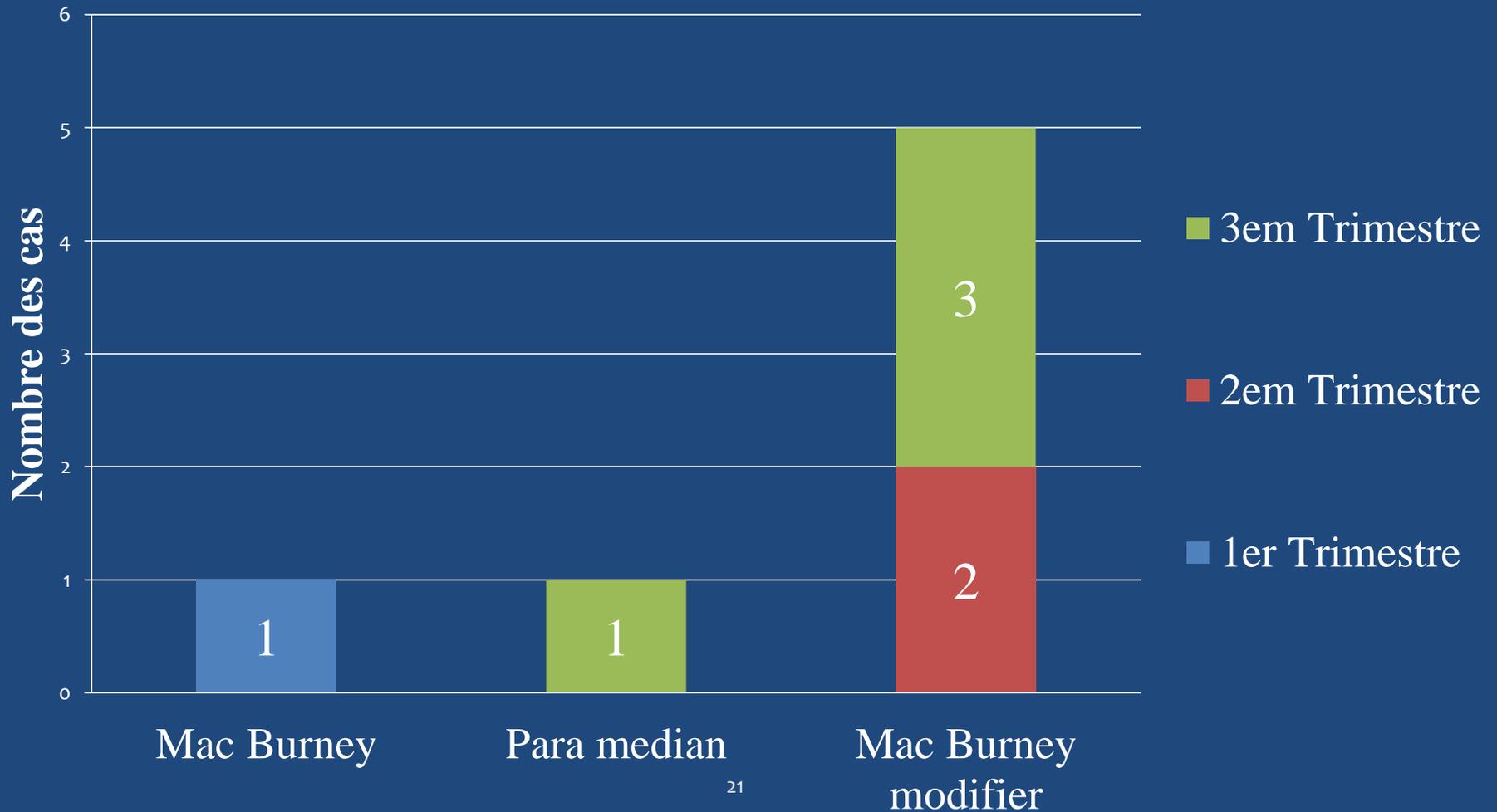
Form cliniques	Antibiotiques	Effectif	Durée en jours (effectif)
Appendicite aigue	Ceftriazone	2	4J(1) et 7J(1)
	Ceftriazone + Metronidazol	2	4J(1) et 7J(1)
Abscess appendiculaire	Meropenem + Metronidazol	1	9j(1)
	Betacef + Metronidazol	2	7j (1) et 10J (1)

V. RÉSULTAT (12)

- Au plan chirurgical, toutes les patientes ont été opérée par laparotomie sous anesthésie type de rachianesthésie.

V. RÉSULTAT (13)

Répartition par la voie d'abord



V. RÉSULTAT (14)

- L'intervention chirurgicale a consistée en une appendicectomie dans tous les cas.
- Elle a été associée a un drainage dans les abcès appendiculaire (n=2) et les gangrenée (n=2).
- Au plan macroscopique, l'appendicite était abcédée (n=3), gangrenée (n=2), et perforée (n=2).

V. RÉSULTAT (15)

3. Evolution postopératoire

- La durée d'hospitalisation a été de 10.8 jours (extrêmes : 4 et 23 jours).
- La mortalité maternelle a été nulle.
- La morbidité maternelle était représentée par 2 cas de suppuration pariétale observée dans la abcès appendiculaire au 3e trimestre.
- Nous avons noté une mort foetale chez la gestant au 3e trimestre, un accouchement prématuré a 31 semaines.

VI. DISCUSSION (1)

I- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Etude	Pays	Fréquences
Notre étude	Cambodge	7 cas
R. lebeau et al ^[10] (période de 4 ans)	Cote-d'Ivoire	21 cas
A SANOU et al ^[11] (période de 7 ans)	Burkina Faso	22 cas
Hadiza Moutari Soule et al ^[12] (Période de 4 ans)	Maroc	7 cas
Mohamed Amine EI Ghali et al ^[13] (Péroide de 10 ans)	Tunisie	33 cas

VI. DISCUSSION (2)

I- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Etude	Pays	Age moyen
Notre étude	Cambodge	31 ans
R. lebeau et al	Cote-d'Ivoire	24.9 ans
A SANOU et al	Burkina Faso	28.5 ans
Hadiza Moutari Soule et al	Maroc	24.4 ans
Mohamed Amine EI Ghali et al	Tunisie	29 ans

VI. DISCUSSION (3)

I- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Etude	Pays	l'Age gestationnel
Notre étude	Cambodge	1 ^{er} Trimestre : 1 cas (14%) 2 ^e Trimestre : 2 cas (29%) 3^e Trimestre : 4 cas (57%)
R. lebeau et al	Cote-d'Ivoire	1 ^{er} Trimestre : 10 cas (47.6%) 2 ^e Trimestre : 10 cas (47.6%) 3 ^e Trimestre : 1 cas (4.8%)
A SANOU et al	Burkina Faso	1 ^{er} Trimestre : 8 cas (36%) 2 ^e Trimestre : 10 cas (46%) 3 ^e Trimestre : 4 cas (18%)

VI. DISCUSSION (3)

I- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

Etude	Pays	l'Age gestationnel
Hadiza Moutari Soule et al (Période de 4 ans)	Maroc	1 ^{er} Trimestre : 1 cas (14.3%) 2 ^e Trimestre : 2 cas (28.6%) 3^e Trimestre : 4 cas (57.1%)

VI. DISCUSSION (4)

2- ASPECTS DIAGNOSTIQUES

Etude	Pays	Le délai de consultation
Notre étude	Cambodge	3.7 jours
R. Lebeau et al (période de 4 ans)	Cote-d'Ivoire	5.8 Jours
A SANOU et al (période de 7 ans)	Burkina Faso	6 Jours
Mohamed Amine EI Ghali et al	Tunisie	2.7 Jours

VI. DISCUSSION (5)

2- ASPECTS DIAGNOSTIQUES

Etude	Pays	Signe clinique
Notre étude	Cambodge	<ul style="list-style-type: none">- Douleur abdominal (n=7) (100%)- 1^{er} Trimestre :<ul style="list-style-type: none">o Une douleur et une défense de la fosse iliaque droite : 1 caso Vomissement: 1 cas- 2^e Trimestre<ul style="list-style-type: none">o Une douleur à la palpation de la FID et une défense de la FID : 2 cas- 3^e Trimestre<ul style="list-style-type: none">o Une douleur à la palpation du flanc droit : 1 caso La douleur de l'hypochondre droit : 3 caso Une diarrhée : 1 caso Une fièvre élevée : 4 cas
R. lebeau et al	Cote-d'Ivoire	<ul style="list-style-type: none">- Douleur abdominal : n=21 cas (100%)- 1^{er} Trimestre :<ul style="list-style-type: none">- Douleur diffuse a tout l'abdomen: 1 cas- Douleur localisée dans la fosse iliaque droit: 4 cas- Douleur localisée dans la fosse iliaque droit et le pelvis: 5 cas- Nausée: 9 cas - Vomissement: 5 cas - Fièvre: 2 cas- 2^e Trimestre<ul style="list-style-type: none">- Une douleur localisée soit dans le flanc droit: 8 cas- Une douleur localisée soit dans l'hypochondre droit: 2 cas- 3^e Trimestre<ul style="list-style-type: none">- Une douleur de la fosse iliaque droite et du pelvis : 1 cas

VI. DISCUSSION (5)

2- ASPECTS DIAGNOSTIQUES

Etude	Pays	Signe clinique
A SANOU et al	Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none">- Douleur abdominal : n=21cas (100%)- 1^{er} Trimestre :<ul style="list-style-type: none">Douleur et défense de la fosse iliaque droit: 8 cas - Nausée: 3 cas, - Vomissement: 7 cas - Constipation : 7 cas - Pollakiurie : 1 cas- 2^e Trimestre<ul style="list-style-type: none">Douleur à la palpation de la FID et du flanc droit chez respectivement 8 et 4 cas - Défense de la FID : 7 cas- Vomissements : 2 cas - Nausées : 2 cas - Constipation : 1 cas- 3^e Trimestre<ul style="list-style-type: none">Douleur à la palpation du flanc droit : 4 cas - Douleur de l'hypochondre droit : 2 cas - Constipation : 1 cas - Dysurie : 2 cas
Mohamed Amine EI Ghali et al	Tunisie	<ul style="list-style-type: none">- Douleur abdominal : n=33 cas (100%)- 1^{er} Trimestre :<ul style="list-style-type: none">Douleur et défense de la fosse iliaque droit : 11 cas - Douleur généralisée: 2 cas- Douleur péri Ombilical: 1 cas - Vomissement: 10 cas- 2^e Trimestre<ul style="list-style-type: none">Douleur de la fosse iliaque droit: 10 cas - Douleur généralisée: 1 cas - Douleur péri Ombilical: 1 cas - Vomissements : 9 cas - Diarrhée: 1 cas- 3^e Trimestre<ul style="list-style-type: none">Douleur de la fosse iliaque droit: 5 cas - Douleur généralisée: 1 cas - Douleur péri Ombilical: 1 cas - Vomissement: 4 cas

VI. DISCUSSION (6)

2- ASPECTS DIAGNOSTIQUES

Etude	Pays	Para clinique
Notre étude	Cambodge	<ul style="list-style-type: none">- Hyperleucocytose<ul style="list-style-type: none">○ >12 000GB/mm³ : 3 cas (42.9%)○ >15 000GB/mm³ : 4 cas (57.1%)- CRP élever : 7 cas (100%)- Echographie :<ul style="list-style-type: none">○ Appendicite aigue : 6 cas (85.7%)○ Colite sévère : 1 cas (14.3%)
A SANOU et al	Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none">- Hyperleucocytose<ul style="list-style-type: none">○ >12 000GB/mm³ : 11 cas (50%)○ >15 000GB/mm³ : 7 cas (31.8%)- CRP élever : 19 cas (86.3%)- Echographie :<ul style="list-style-type: none">○ Appendicite aigue : 20 cas (90.9%)
R. lebeau et al	Cote-d'Ivoire	<ul style="list-style-type: none">- Echographie :<ul style="list-style-type: none">○ Appendicite aigue : 18 cas (85.7%)○ Plastron appendiculaire : 1 cas (4.7%)○ Une péritonite aigue diffuse : 2 cas (9.5%)

VI. DISCUSSION (7)

3- ASPECTS THÉRAPEUTIQUE

Etude	Pays	Aspect Thérapeutique
Notre étude	Cambodge	- Au plan chirurgical <ul style="list-style-type: none">○ Appendicectomie par laparotomie : n= 7 cas (100%)
R. lebeau et al	Cote-d'Ivoire	- Au plan chirurgical <ul style="list-style-type: none">○ Appendicectomie par laparotomie : n= 21 cas (100%)
Hadiza Moutari Soule et al	Maroc	- Au plan chirurgical <ul style="list-style-type: none">○ Appendicectomie par laparotomie : n= 7 cas (100%)

VI. DISCUSSION (8)

3- ASPECTS THÉRAPEUTIQUE

Etude	Pays	Evolution postopératoire
Notre étude	Cambodge	<ul style="list-style-type: none">• La durée hospitalisation : 10.8 Jours (extrêmes : 4 et 23 jours)• La mortalité maternelle a été nulle.• La morbidité maternelle : 2 cas de suppuration pariétale.
R. lebeau et al	Cote-d'Ivoire	<ul style="list-style-type: none">• La durée hospitalisation : 4.5 jours (extrêmes : 3 et 9 jours).• La mortalité maternelle a été nulle.• La morbidité maternelle : 1 cas de suppuration pariétale.
Mohamed Amine EI Ghali et al	Tunisie	<ul style="list-style-type: none">• La durée hospitalisation : 2.7 Jours (extrêmes : 1 et 5 jours)• La mortalité maternelle a été nulle.• La morbidité maternelle : 2 cas (Pituitary apotosis et prolonge iléus paralytic)

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION (1)

- L'appendicite aigue chez la femme enceinte est une urgence chirurgicale qui peut mettre en jeu le pronostic materno-foetal en jeu.
- Au 1er trimestre, le diagnostic est aisé, le traitement simple et le pronostic généralement bon.
- Aux 2 derniers trimestre, les difficultés du diagnostic sont responsable des formes graves et d'un traitement chirurgical agressif.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION (2)

- L'échographie abdominopelvienne, devraient être systématiques en cas de douleur abdominal chez la femme enceinte.
- La prise en charge doit être rapide et assurée par une équipe multidisciplinaire.
- Le traitement est chirurgical consistant en une appendicectomie.

REFERENCES

1. J.R. Allen *et al.*
Intra abdominal surgery during pregnancy Am J Surg (1989)
2. L. Berthet-Badetti *et al.*
Appendicite aiguë au troisième trimestre de la grossesse Rev Fr Gynecol Obstet (1997)
3. M. Nouira *et al.*
Appendicite aiguë chez la femme enceinte : à propos de 18 cas Rev Fr Gynecol Obstet (1999)
4. J.L. Leroy
L'appendicite aiguë au cours de la gravido-puerpéralité : les difficultés du diagnostic et du traitement Med Chir Dig (1981)
5. H. Touhami
Appendicite et grossesse : les conditions du succès Maghreb Médical (1984)
6. SIVANZ. SAEATNAM. V: << The acute abdomen and the obstetrician >> Ballieres clinical obstetrics and gynecology; 14 (1)-89-102.
7. HOROWITZ M, GOMEZ, SANTIESTEBAN, R: acute appendicitis during pregnancy. Arch surg. 1985; 120: 1362-1366.
8. ROHR, S, LANG, H, MECHINE, A, MEYER, E: << appendicite aigue >> EMC (Elsevier, Paris) Gastro-entérologie 9-066-A-10, 1999, 11p.
9. ANDERSEN, 8. NIELSEN, T.K: << appendicitis in pregnancy: dignosis, management and complication >> Act Obstet Gynecol Scand 1999; 78-758-760.
10. BIRNBAUM, B.A, WILSON, S.R: appendicitis at the Millennium. Radiology 2000; 215: 337-348.
11. Lebeau R, Diané B, koffi E, Bohoasou E, kouamé A Doumbia Y. Appendicite aigue et grossesse: à propos de 21 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005; 34(6): 600-5.
12. A SANOU *et al.* APPENDICITE AIGUË SUR GROSSESSE : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DIAGNOSTIQUES AU CHUYALGADO OUÉDRAOGO DE OUAGADOUGOU. J AFR CHIR DIGEST 2015, VOL 15(2): 1877-1881
13. https://www.researchgate.net/publication/341887414_Prise_en_charge_de_lappendicite_aigue_au_cours_de_la_grossesse_a_propos_de_7_cas