



## Les erreurs diagnostiques d'appendicite diminuent-elles actuellement ?

L'appendicite est une des indications chirurgicales abdominales les plus fréquentes. Ce diagnostic est posé chez 32% des moins de 50 ans et 12% des plus de 50 ans consultant pour douleurs abdominales aiguës.<sup>1</sup> Afin de réduire le risque de perforation, les chirurgiens enlèvent 15 à 20% d'appendices non inflammatoires. Dans certaines populations ce taux a pu atteindre 40%. Quelle est la performance des nouveaux outils diagnostiques (scanner ou échographie) ? Ont-ils réduit l'appendicectomie inutile et les complications ? Plusieurs études apportent des éléments de réponse.<sup>2,3,4</sup>

**Le scanner** a une sensibilité et une spécificité au-dessus de 90%. Une étude américaine<sup>3</sup> les situait à 98%: sur 100 patients consécutifs adressés à un service d'urgence pour suspicion d'appendicite, le diagnostic avait été confirmé chez 53 patients et exclu chez 47. Il y a eu un faux positif et un faux négatif. 13 opérations et 18 hospitalisations de surveillance ont été évitées.

**L'échographie** a une sensibilité et une spécificité un peu plus faible, (Se: 76 à 96%, Sp: 85 à 100%) et est opératoire dépendante<sup>1</sup>. Une étude contrôlée randomisée australienne<sup>4</sup> a concerné 302 patients de 5 à 82 ans suspects d'appendicite randomisé en deux groupes: un groupe échographie (G1, 160 patients) et un groupe contrôle (G2, 142 patients). Dans le G1, un score clinique, le score d'Alvarado était pratiqué. Il va de 1 à 10 selon les symptômes, les données cliniques et l'hyperleucocytose. L'échographie était non indiquée dans les résultats extrêmes du score (1-3, ou 9 - 10). L'intervention a été pratiquée chez 59% des patients du G1 et 53% du G2. Les taux d'appendicectomie inutiles étaient de 14% et 15%. La sensibilité et la spécificité de l'échographie ont été de 95 et 89%. Les patients du G1 ont eu un délai opératoire plus court (7h vs

10h,  $p = 0,02$ ). La durée d'hospitalisation, les complications et les retards de traitement ont été les mêmes dans les G1 et G2. Il y a eu 14 perforations dans le G1 et 10 dans le G2 ( $p = 0,58$ ). Les auteurs concluent que l'échographie est un outil diagnostique performant mais ne modifie pas le temps d'hospitalisation ni les complications.

### Les interventions inutiles ont-elles diminué?

Une étude de cohorte<sup>2</sup>, à partir de la base de données de l'Etat de Washington a analysé les dossiers de 85.790 patients appendicectomisés entre 1987 et 1998. Ont été exclues les 22% d'appendicectomies fortuites, au cours d'une autre intervention. Parmi les 63.707 patients ayant subi une appendicectomie pour appendicite non fortuite, 84,5% avaient une appendicite confirmée dont 25,8% avec perforation; 15,5% avaient eu un diagnostic erroné. Le taux de diagnostic erroné ne varie pas significativement durant les 12 ans. Le taux de diagnostic erroné chez les patients opérés était plus élevé par laparoscopie que par laparotomie (19,6% vs 15,5% -  $p < 0,001$ ).

Les auteurs concluent que, depuis le scanner, l'échographie et la laparoscopie, ni les appendicectomies non nécessaires, ni le taux de perforation n'ont diminué.

Malgré leurs performances, l'échographie et le scanner ne semblent pas réduire les appendicectomies non utiles ni les complications. Certains pensaient que la laparoscopie pouvait faire décroître les appendicectomies inutiles, le chirurgien pouvant observer l'appendice et déterminer si l'inflammation existait. En fait si la valeur prédictive positive est bonne (91%), la valeur prédictive négative est faible (26%), et la plupart des chirurgiens qui ont entrepris une laparoscopie enlèvent l'appendice, quelles que soient leurs constatations.<sup>4</sup>

**Ainsi l'appendicite reste un diagnostic clinique** pour la plupart des auteurs. Quand le diagnostic clinique semble assuré, il n'y a pas de place pour échographie ou scanner. Un examen négatif n'éliminerait pas le diagnostic.<sup>5,6</sup> A l'inverse, à la suite des travaux de Flamant, l'ANDEM en 1996 recommandait de surveiller à un geste d'urgence s'il n'existe ni fièvre, ni défense, ni hyperleucocytose et de se contenter d'une surveillance<sup>7</sup>. Ce n'est que dans les cas restant litigieux que les examens complémentaires sont indiqués.

**Mais d'autres facteurs concourent à la décision:** les cas de diagnostic non évoqué et d'intervention en catastrophe, la pression du patient ou de son entourage. Ceci explique sans doute que nos comportements changent si peu: pour tous, médecins compris, l'erreur par défaut est une hantise et l'appendicectomie reste une intervention bénigne. Pourtant le risque d'occlusion après laparotomie pour ablation d'un appendice sain est de 3,1 à 3,3%<sup>6</sup> supérieur à celui survenant en cas d'appendicectomie pour appendicite aiguë. Notre décision ne peut ignorer cette donnée.

1- Vons C. Diagnostic des syndromes appendiculaires: ce qui a changé. La Rev Prat. 2001;51:237-8

2- Flum DR et al. Has misdiagnosis of appendicitis decreased over time? JAMA. 2001;286:1748-1753

3- Collectif. Appendicite: la tomodensitométrie est-elle utile? Bibliomed 1998;94

4- Douglas C. Randomised controlled trial of ultrasonography in diagnosis of acute appendicitis, incorporating the Alvarado score. BMJ 2000;321:919-22

5- Beasley SW. Can we improve diagnosis of acute appendicitis? BMJ. 2000;321:907-8

6- Fingerhut E et al. Appendicite ou douleur non spécifique de la fosse iliaque droite? La Rev Prat 2001;51:1654-56

7- ANDEM. Appendicite. Recommandations et références médicales. Conc Med 1996;118 (suppl39): 58-78.

**Mots-clé:** appendicite, scanner, échographie, clinique, chirurgie, examen complémentaire

Numéro 242 du 15 novembre 2001

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)  
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>