

## Appendicite: la tomodensitométrie est-elle utile ?

Le diagnostic d'appendicite est difficile: des études américaines disent que le diagnostic est erroné chez 20% des patients; le retard au diagnostic augmente le taux des complications opératoires de 8 à 39% ; l'appendice est normal chez 6 à 33% des appendicectomisés<sup>1</sup>. En France le taux annuel d'appendicectomies est 3 à 5 fois plus élevé que dans les autres pays occidentaux<sup>2</sup>. L'exérèse d'un appendice sain n'est pas sans conséquence, outre les complications post opératoires (moindre pour les appendices sains), les complications occlusives du grêle, immédiates ou tardives, sont de 3% et sans relation avec le degré d'inflammation<sup>1</sup>. En pratique le diagnostic reste toujours incertain, et les scores cliniques proposés<sup>2</sup> peu utilisés. L'échographie a été proposée; le scanner semble avoir des performances supérieures. Une étude américaine récente a cherché à préciser ses performances sur le plan médical et économique<sup>3</sup>.

Les auteurs ont étudié 100 patients consécutifs (âgés de 6 à 75 ans) adressés au service d'urgence pour suspicion d'appendicite, examinés par le chirurgien et pour lesquels une hospitalisation était prévue. Ils étaient classés en fonction des données cliniques et paracliniques de base selon la vraisemblance du diagnostic. Un scanner était pratiqué, interprété et classé de la même façon; les résultats étaient communiqués au chirurgien. L'attitude thérapeutique adoptée après scanner était comparée avec celle envisagée cliniquement. Le diagnostic final était déterminé soit par l'histologie en cas d'appendicectomie, soit par le suivi clinique en cas d'abstention. Les données économiques prenaient en compte le coût de l'examen, les hospitalisations et appendicectomies évitées par le scanner.

L'appendicite a été confirmée chez 53 patients et exclue chez 47 autres (3 par l'opération, les autres par le suivi). Les interprétations du scanner étaient précises à 98%. Il y a eu un faux positif (non opéré et redressé par le suivi) et un faux négatif (opéré et prouvé histologiquement). Les résultats du scanner ont conduit à modifier le traitement de 59 patients (13 opérations et 18 hospitalisations de surveillance évitées, 21 interventions immédiates alors qu'une surveillance était prévue, et 11 autres pathologies décelées). Globalement une économie de \$447 par patient a été estimée, en fonction des dépenses évitées et du coût des scanners,.

Comme le rappelle l'éditorial<sup>4</sup> 47% des diagnostics cliniques d'appendicite aiguë sont faux. Les causes d'erreur diagnostique tiennent autant du patient que du médecin. Il semble utile alors d'avoir un outil diagnostique fiable. Le TDM le semble d'après cette étude. Sa réalisation est simple et ne prend que 15 minutes, à condition qu'un scanner soit disponible... Ses performances d'après les diverses études se situent autour de 90%. Même si l'on tient compte des variations liées à l'examineur, cet examen reste supérieur à l'échographie qui couplée à la clinique a une spécificité voisine, mais une sensibilité inférieure, autour de 80%, et est également opérateur-dépendant<sup>1</sup>.

Est ce que cela résoudra tous les problèmes? La crainte et la peur de la part du patient d'avoir une appendicite méconnue, le vécu de la maladie dans le public restent des facteurs très forts qui poussent médecins et patients à privilégier l'ablation de cet appendice dont tout le monde dit qu'il ne sert à rien. Et cela au-delà des risques anesthésiques et de ceux propres à l'intervention. Par ailleurs, l'économie réalisée risque être rapidement annulée par la multiplication des examens sans base clinique.

En effet, comme le rappelle l'éditorialiste<sup>4</sup>, le principal risque est la confiance excessive en une technique, négligeant alors la clinique. La multiplication des examens complémentaires sur une population non ou mal sélectionnée augmentera alors fatalement le nombre de faux positifs et de faux négatifs. Nous ne pouvons que faire nôtres les remarques de Ian McColl: ces progrès doivent nous pousser à améliorer notre perspicacité et notre capacité dans l'examen clinique. Il faut rappeler que des scores cliniques simples ont été proposés, avec des performances excellentes.<sup>2</sup>

1- ANDEM. Appendicite. Recommandations et références médicales 1996. Conc Med 1996;39(supp),58-78

2 - François Y et al. Etude prospective d'un score prédictif d'appendicite dans les douleurs de la fosse iliaque droite. Devenir des patients à long terme. Gastroentero Clin Biol. 1991;15:794-9. Dans "Appendicites chez l'adulte: opérer à bon escient " Rev Prescrire, 1993;13:127:155-7

3 - Rao PM et al. Effect of computed tomography of the appendix on treatment of patients and use of hospital resources. N Engl J Med, 1998, 338;3:141-146

4- McColl Ian. More precision in diagnosing appendicitis. N Engl J Med 1998;338;3:190-191

**Mots clé:** appendicite, diagnostic, imagerie, scanner

*Numéro 94 du 5 mars 1998*