

*Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.*

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

## **Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 8 avril 2025**

### **Traitement conservateur des appendicites complexes**

Dre Ana Maria Calinescu-Tuleasca, Unité de chirurgie pédiatrique, HUG

L'appendicite est la première urgence chirurgicale, plus fréquente entre 8 et 13 ans, il y a environ 25 à 30 % de formes complexes.

Après 48 heures, une appendicite peut perforer et aboutir à une péritonite. Si celle-ci est colmatée, elle donne un abcès appendiculaire ou un plastron appendiculaire. Dans ce cas, souvent, il s'agit d'une présentation tardive, sur échec de diagnostic initial. Les facteurs de risque en sont par exemple la précarité économique (retard de consultation), un plus jeune âge.

En Suisse, une prise en charge entre Lausanne (158 appendicites aiguës par année) et Genève (25 appendicites perforées) s'est organisée.

Le traitement chirurgical se fait par laparoscopie, rarement par laparotomie. L'oratrice explique la technique d'exérèse, relativement facile en début de symptomatologie, beaucoup plus difficile en cas de diagnostic tardif. L'opération comporte un risque de lésion de l'intestin, un risque d'occlusion postopératoire, et des risques infectieux.

En cas d'appendicite avec péritonite, c'est la chirurgie qui est la solution. Si l'appendicite est aiguë, cela est urgent, mais il est possible de différer l'intervention en débutant un traitement antibiotique. Il n'y a pas de différence dans les complications si l'intervention est différée de deux à six heures après début d'une antibiothérapie.

En cas d'appendicite aiguë complexe (25 à 30 % des cas) (abcès appendiculaire, plastron appendiculaire) le problème est que les symptômes durent. La morbidité est plus élevée, il y a plus de complications, l'hospitalisation est prolongée.

La stratégie de l'appendicectomie immédiate, versus appendicectomie différée avec antibiothérapie préalable est discutée depuis 1990 chez les adultes, depuis 2010 en pédiatrie. Des études semblent montrer que l'appendicectomie différée avec antibiothérapie préalable est préférable car il y a moins de complications. Différentes études, parues dans des grands journaux, ont été publiées. En 2011, dans le JAMA, l'étude ne semblait pas montrer davantage quant au temps d'hospitalisation, au nombre de complications, mais le groupe était très hétérogène. Une autre étude parue dans le Journal of Pediatric Surgery donne un avantage à l'appendicectomie différée lors d'abcès ou de plastron.

En 2019, une méta-analyse confirmait un certain avantage pour l'attitude en différé, avec un taux de réussite du traitement conservateur d'environ 90 %, des récidives d'appendicite d'environ 15%. Mais il y avait globalement beaucoup moins de complications en cas de chirurgie différée.

La durée totale d'hospitalisation semblait peu significative. La chirurgie différée semblait plus économique.

Donc, il semble y avoir un avantage au traitement conservateur avec chirurgie différée.

Carlos huerta a publié une étude avec plus de 63 000 cas. Globalement, dans l'appendicectomie

différée, l'hospitalisation était plus courte, les coûts réduits, il y avait moins de complications, et moins d'appendicectomie par laparotomie (avec diminution de risque de complication de bride).

Donc, la stratégie de l'appendicectomie différée semble intéressante, et un protocole a été établi en collaboration entre Genève et Lausanne, en cours de validation

En cas de suspicion d'appendicite, il faut procéder à une évaluation. En cas de signes de plastron ou d'abcès, soit il existe des signes d'urgence comme l'occlusion, et la chirurgie doit être envisagée directement. Soit l'état général est bon, il est possible de débuter une antibiothérapie et de réévaluer après 4 jours biologiquement et radiologiquement. Si le traitement conservateur fonctionne, l'appendicectomie peut être programmée en différé quelques semaines après.

L'antibiothérapie est entamée par Ceftriaxone et Métronidazole. Après 3 jours, la clinique est réévaluée. Y a de la fièvre? Est-ce que l'enfant s'alimente ? Si les signes sont favorables, on attend. Si les signes sont défavorables, un traitement de seconde ligne par Pipéracilline Tazobactam est introduit, ainsi que des mesures de drainage (pas d'avantage à employer l'urokinase).

À J5, il y a une réévaluation clinique, biologique, et par imagerie.

Si tout est OK, l'antibiothérapie est stoppée, l'appendicectomie peut être envisagée six à huit semaines après.

Si cela n'est pas OK, l'antibiothérapie est poursuivie (protocole mal défini) et une appendicectomie à froid est pratiquée.

Il est important de rechercher des stercolithes. Si un stercolithe est présent en dehors de l'appendice, le traitement antibiotique est à poursuivre.

La surveillance après l'hospitalisation est faite par le pédiatre, qui recherche des signes de rechute. L'appendicectomie en urgence est envisagée en cas de problème.

Faut-il vraiment faire l'appendicectomie ? Si le pus est drainé, si le status est calme, l'appendice peut se fibroser. Mais il existe un risque de récurrence, et un carcinoïde est possible, raison pour laquelle cette attitude n'est pas recommandée.

Cette prise en charge implique un travail de collaboration entre pédiatre et chirurgien, ainsi que médecin urgentiste, infectiologue et radiologue.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)