Traitement de l'appendicite par antibiothérapie seulement

Ameer Farooq MD MSP, François Rouleau-Fournier MD MSc, Carl Brown MD MSc

■ Citation : CMAJ 2021 May 25;193:E769. doi : 10.1503/cmaj.202777-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.202777

1 Il est possible de traiter de nombreux cas d'appendicite aiguë non compliquée par antibiothérapie seulement

L'incidence de l'appendicite aiguë est estimée à 75 cas par 100 000 personnes annuellement, et elle est la plus élevée chez les patients de 10–19 ans¹. Globalement, 67 % des cas sont des appendicites non perforées¹. Selon les conclusions de récents essais randomisés et contrôlés (ERC), jusqu'à 71 % des patients qui consultent pour une première appendicite non compliquée pourraient être traités par antibiothérapie seulement, quoique d'autres études indiquent que 40 % des cas d'appendicite aiguë traités de manière conservatrice devront subir une chirurgie au cours des 5 années suivantes^{2,3}.

2 Le traitement de l'appendicite par antibiothérapie seulement ne convient pas à tous les patients

Le recours à l'antibiothérapie seulement n'est pas suggéré chez les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes, ni chez les patients qui présentent un sepsis ou qui sont immunodéprimés (tableau 1)^{1,3,4}.

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques et radiologiques liées à des complications de l'appendicite

Caractéristiques cliniques	Caractéristiques radiologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Signes de sepsis ou de choc septique • Péritonite • Patient immunodéprimé • Grossesse • Enfant (< 18 ans) • Personne âgée (> 60 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fécalome • Abcès • Phlegmon • Ascite • Pneumopéritoine • Tumeur

3 Les patients dont les épreuves d'imagerie révèlent des complications sont plus susceptibles de nécessiter un traitement chirurgical

On suggère la tomodensitométrie pour repérer les patients qui présentent des complications (tableau 1)^{2,3}. La présence de fécalomes est associée à un risque 2 fois plus élevé de récurrence dans les 90 jours suivants^{2,3}.

4 L'antibiothérapie initiale devrait être administrée par voie intraveineuse (IV) pendant au moins 24 heures

Les patients traités non chirurgicalement devraient recevoir des antibiotiques IV pendant 24–72 heures à l'hôpital pour qu'on puisse surveiller toute exacerbation de la douleur ou détérioration clinique^{2,3}. Souvent, l'antibiothérapie reposera sur l'administration de ceftriaxone IV pendant 24 heures, suivie de 5–10 jours de ciprofloxacine et de métronidazole. On peut aussi utiliser d'autres traitements antibiotiques correspondant aux lignes directrices actuelles pour les infections intraabdominales⁵.

5 Tous les patients qui font une appendicite doivent être vus et conseillés par un chirurgien

Selon les données cumulées sur 5 ans de l'ERC finlandais Appendicitis Acuta, le taux de récurrence serait de 40 % (même en l'absence de fécalomes)³. L'appendicectomie demeure une intervention sécuritaire qui a un faible taux de morbidité². Les cas d'appendicite traités par antibiothérapie nécessiteront un suivi, avec des épreuves d'imagerie ou une endoscopie. Les chirurgiens devraient aborder ces considérations avec les patients pour connaître leurs préférences en matière de traitement dans le cadre d'un processus de prise décision partagée.

Références

1. Al-Omran M, Mamdani MM, McLeod R. Epidemiologic features of acute appendicitis in Ontario, Canada. *Can J Surg* 2003;46:263-8.
2. CODA Collaborative; Flum DR, Davidson GH, Monsell SE, et al. A randomized trial comparing antibiotics with appendectomy for appendicitis. *N Engl J Med* 2020;383:1907-19.
3. Salminen P, Tuominen R, Paajanen H, et al. Five-year follow-up of antibiotic therapy for uncomplicated acute appendicitis in the APPAC randomized clinical trial [erratum publié dans *JAMA* 2018;320:1711]. *JAMA* 2018;320:1259-65.
4. Huang L, Yin Y, Yang L, et al. Comparison of antibiotic therapy and appendectomy for acute uncomplicated appendicitis in children: a meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2017;171:426-34.
5. Mazuski JE, Tessier JM, May AK, et al. The Surgical Infection Society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection. *Surg Infect (Larchmt)* 2017;18:1-76.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliation : Hôpital St. Paul, Section de chirurgie colorectale, Département de chirurgie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attributions (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Carl Brown, CBrown@providencehealth.bc.ca

Le *JAMC* vous invite à soumettre vos textes pour la rubrique « Cinq choses à savoir... » en ligne à <http://mc.manuscriptcentral.com/cmaj>.