

APPENDICECTOMIE PAR COELIOSCOPIE

INTRODUCTION

- 300000 appendicectomies / an en France
dont 20 % d'appendices sains
- 1^{ère} appendicectomie / coelio : 1983
puis réel développement : fin des années 80

Pas de réel enthousiasme (contrairement à la cholécystectomie) car ***l'appendicectomie par Mac Burney a prouvé depuis plus d'un siècle sa simplicité et son efficacité***

AVANTAGES DE LA COELIOSCOPIE

- Confirmation de l'appendicite et traitement, diagnostic différentiel et traitement d'une autre pathologie => ***coelioscopie exploratrice***
- Intérêt pour les appendices ectopiques
- Intérêt pour les péritonites appendiculaires (pas de médiane, meilleur toilette péritonéale)
- Diminution des complications pariétales (abcès, éventration) + intérêt esthétique
- Diminution de consommation d'antalgiques
- Diminution de la durée d'hospitalisation
- Reprise des activités plus précoces
- Avantages à long terme : diminution des occlusions sur brides ?

INCONVENIENTS DE LA COELIOSCOPIE

- Les risques propres à la technique
- Le problème des abcès résiduels intrapéritonéaux (initialement considérés comme plus fréquents, mais probablement de même fréquence que par laparotomie = 0,5 %)
- Coût direct augmenté ?
 - coût opératoire augmenté
 - coût de séjour diminué
 - coût indirect non calculé
 - => coût total ?

LES INDICATIONS

- Femmes et doute diagnostic
- Sujets obèses
- Péritonites généralisées

RESULTATS DE 6 ETUDES PROSPECTIVES RANDOMISEES ENTRE 1993 ET 1997

	Kum	Reiertsen	Fraze	Martin	Ortega	Attwood
Durée opératoire	=	+	+	+	=	=
Antalgiques	-	=	-		-	-
Reprise du transit	=		=			
Durée d'hospitalisation	-	=	=	-	-	-
Reprise de l'activité	-	-	-	-	-	-
Complications parois	-	=	=	=	-	-
Complications autres		=		-		

Une appendicectomie par Mac Burney doit être réservée au jeune homme mince qui présente un syndrome appendiculaire franc sans doute sur une appendicite compliquée et/ou une variante anatomique

CONCLUSIONS DES ETUDES

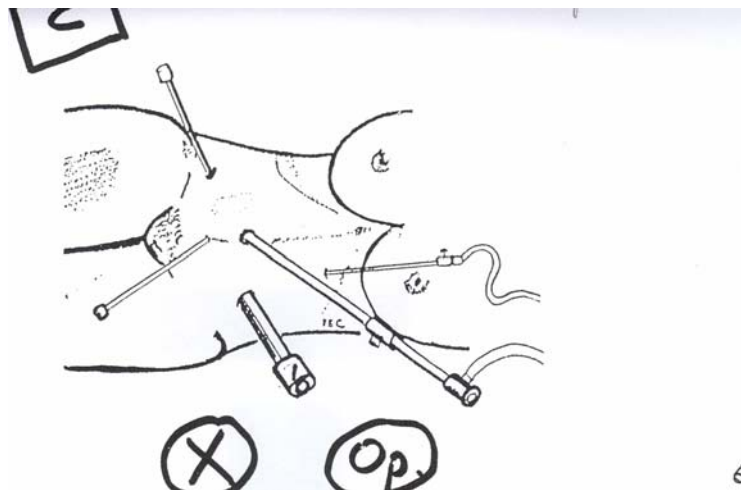
- La coelioscopie apporte plus d'avantages que d'inconvénients, donc les buts de la coelioscopie sont atteints
- La coelioscopie est actuellement le **traitement de choix de première intention** des appendicites aiguës et des péritonites d'origine appendiculaire

QUESTIONS EN SUSPEND

- Faut-il enlever un appendice sain ?
- Quand faut-il drainer ?

INSTALLATION DU PATIENT

- Sous AG
- Décubitus dorsal, bras gauche le long du corps
- +/- position double équipe chez la femme
=> intérêt d'une voie basse en cas de pathologie gynécologique
+ prélèvements vaginaux
- Opérateur et aide à gauche, colonne à droite
- Après insufflation, position de Trendelenbourg et inclinaison gauche

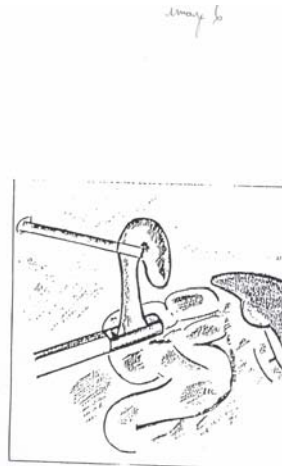
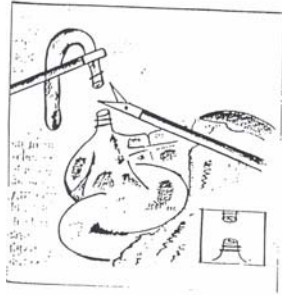


LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

1. L'appendicectomie « in »

ou coelio-appendicectomie intra-abdominale

⇒ l'appendice et son méso sont traités à l'intérieur de la cavité péritonéale par des procédés variables

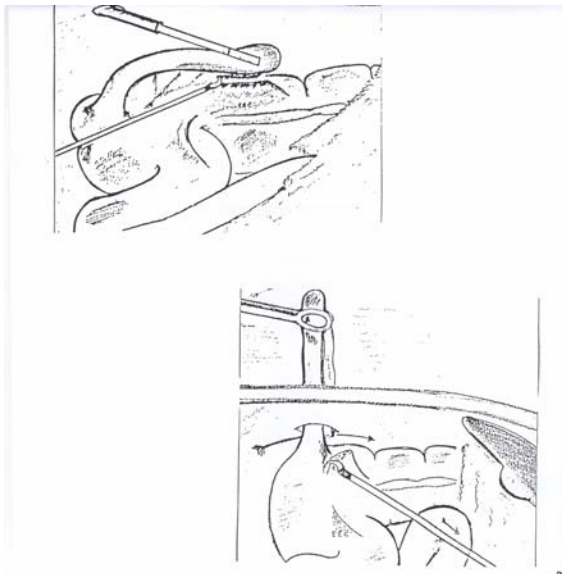


→

2. L'appendicectomie « out »

ou appendicectomie extra-abdominale

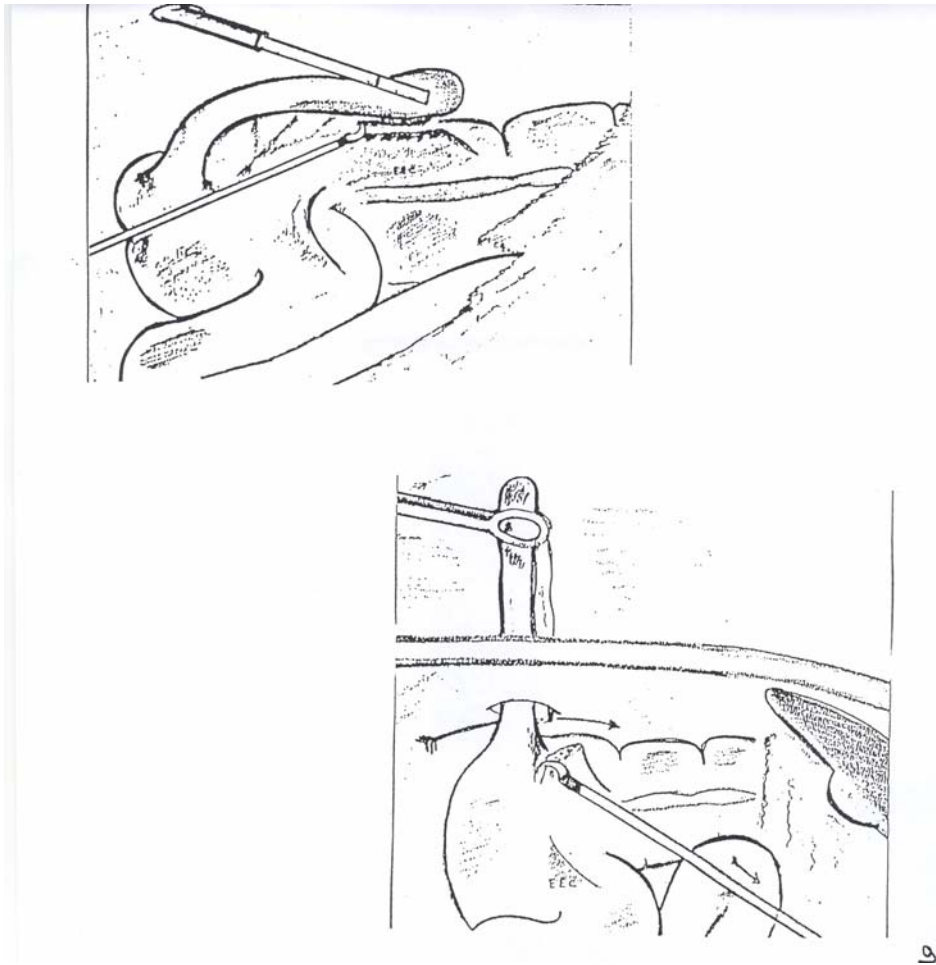
=> l'appendice et son méso sont extériorisés par coelioscopie, puis traités à l'extérieur de la cavité péritonéale par une mini-laparotomie



→

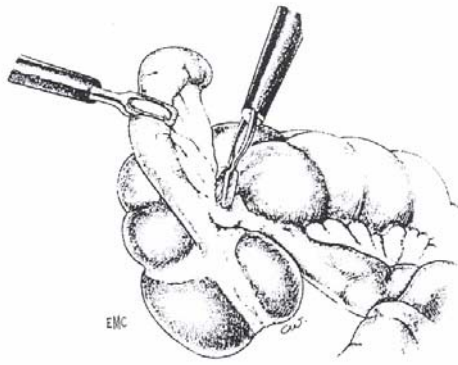
3. L'appendicectomie « mixte »

=> le méso est traité en intra-abdominal et l'appendice en extra-abdominal



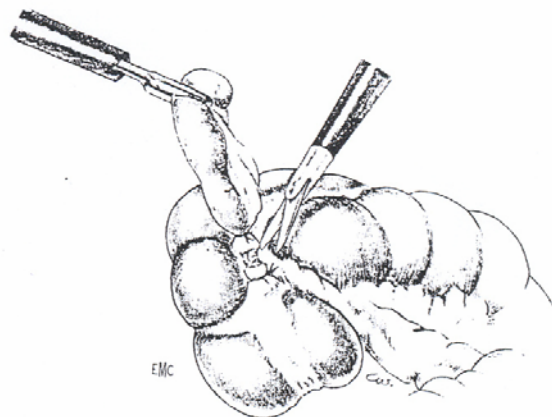
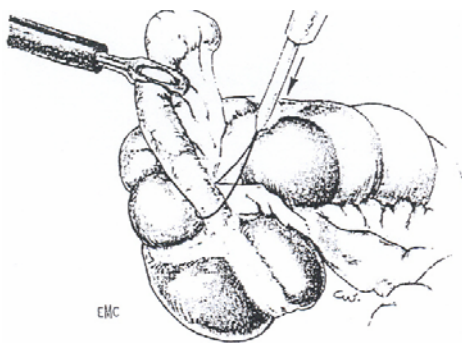
DETAILS TECHNIQUES

- Open-coelio à l'ombilic
- Insufflation et exploration
- Mise en place des trocarts variable
 - => optique à l'ombilic
 - + 1 trocart de 10 mm en sus-pubien, médian (pour éviter une plaie des vaisseaux épigastriques), à la limite des poils (avantage cosmétique, mais attention à la vessie)
 - + 1 trocart de 5 mm en FIG
- Contrôle du méso-appendice
 - par électrocoagulation ++
 - pince bipolaire > monopolaire
 - par ligature (contrôle plus aléatoire)



10

- Contrôle de la base appendiculaire
 ligature ++ (X 1 ou 2)
 endoloop
 fil bobine et nœuds intra ou extra-corporel
 rarement pince automatique type endoGIA
- Extraction de l'appendice
en protégeant la paroi +++
 dans un sac
 dans un trocart
 dans un doigt de gant
- Lavage-aspiration limitée si pas de péritonite
- Vérification du cul-de-sac de Douglas ++



11

APPENDICECTOMIE PAR COELIOSCOPIE

Introduction

L'appendicectomie laparoscopique remonte au début des années 80 mais elle n'a connu son vrai développement qu'à la fin des années 80 avec l'amélioration des techniques vidéo-laparoscopiques.

Contrairement à la cholécystectomie par coelioscopie l'appendicectomie vidéo-laparoscopique n'a pas connu un véritable enthousiasme, mais son intérêt est indéniable dans certaines indications (sujets obèses, doute diagnostic, recherche de lésions associées, péritonite généralisée ...)

Techniques de l'appendicectomie par coelioscopie

Premier procédé :

Appendicectomie «out» ou appendicectomie extra abdominale : après repérage coelioscopique l'appendice et son méso sont traités à la peau par une mini-laparotomie.

Deuxième procédé :

Appendicectomie «in» ou le traitement du méso vasculaire et du moignon appendiculaire sont réalisés dans la cavité péritonéale sous contrôle vidéo-laparoscopique.

Troisième procédé :

Appendicectomie mixte : le traitement du méso appendiculaire est réalisé en intra-péritonéal sous contrôle laparoscopique et le traitement du moignon appendiculaire est réalisé à la peau par une mini-laparotomie.

Conclusion et discussion