

Trajectoire du patient avec suspicion d'appendicite* à l'urgence CHUSJ, selon 3 cas de figure

But : Dx des appendicites de façon efficiente

Selon degré de suspicion	Suspicion équivoque d'appendicite	Suspicion forte d'appendicite	Suspicion de perforation, AEG importante
Description du tableau clinique	<p>-Par ex. Score PAS 3-4 à 6</p> <p>-Par ex. Patient avec douleur FID/Mc Burney + sans défense abdominale franche, avec peu/pas de vomissements ou de douleur lors de saut et bilans peu perturbés</p> <p>Doit avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bon état général -SV normaux -Peu de douleur 	<p>-Par ex. Score PAS 7 ou +, stable</p> <p>-Par ex. Patient avec douleur FID/Mc Burney + avec défense abdominale, douleur au saut, anorexie, neutrophilie et leucocytose</p> <p>-Par ex. Score inférieur à 7, mais souffrant, nécessitant analgésie IV ou hydratation IV</p> <p>Doit avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bon état général -SV peu perturbés 	<p>-Par ex. Score PAS 7 ou +, instable ou état inquiétant</p> <p>-Par ex. Patient avec douleur FID/Mc Burney + avec une des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Choc septique suspecté -SV perturbés significativement -Péritonite/abdomen chirurgical -Patient très souffrant malgré analgésie IV
Orientation et Investigations	<ul style="list-style-type: none"> -Covid rapide, bilans selon MD, bêta-hCG prn -Échographie <ul style="list-style-type: none"> -Si avant 22h, tel usuel** -Si patient vu après 22h <ul style="list-style-type: none"> -Retour à domicile avec échographie du lendemain selon les plages horaires.*** -Changer statut covid si résultat négatif -Si suspicion plus élevée, discuté avec chirurgie pour possibilité opératoire nuit. -NPO 6h avant l'échographie <ul style="list-style-type: none"> -Liquide clair accepté (eau et jus de pommes) -Aviser le chirurgien lorsque l'appendicite est confirmée à l'échographie, ATB IV (FOPRI-1325) 	<ul style="list-style-type: none"> -NPO -Covid rapide, bilans selon MD, bêta-hCG prn -Soluté -Analgésie IV -Aviser chx d'emblée si avant minuit ou si inquiétude ou si admission en chirurgie -ATB IV (FOPRI-1325) à considérer fortement si PAS 7 ou + après discussion avec chx -Échographie <ul style="list-style-type: none"> -Si avant 22h, tel usuel -Si patient vu après 22h <ul style="list-style-type: none"> -Échographie au matin, faxer avant 6h am en inscrivant "Haute priorité" (passera avant les autres écho du matin)*** -Échographie si possibilité sop selon chx -Si appendicite confirmée ou très fortement suspectée, admission en chx et ATB IV avec discussion avec chirurgien 	<ul style="list-style-type: none"> -Salle de réanimation VS salle d'observation selon état -NPO -Covid ultra-rapide -FSC, HC, CRP, bilans abdo, lactate, urine (base) -Bêta-hCG prn -Soluté +/- réplétion volémique -Analgésie IV -Antibiotique IV d'emblée large spectre -Consultation en chirurgie immédiate -Échographie +/- scan selon chx et radiologie -Admission du patient en chx ou usip selon cas

*Sans antécédent significatif

Un patient avec une échographie normale (appendice vu ou pas), sans signe indirect d'appendicite avec bilans normaux ne nécessite généralement pas une 2^e échographie le lendemain d'emblée. Si échographie équivoque, **OU selon suspicion clinique, envisagé un contrôle échographique dans 12-24h si patient en bon état général, SV et bilans normaux, d'autant plus si le résultat est préliminaire (avant la lecture du radiologiste patron).

Si forte suspicion clinique malgré une échographie normale : discuté avec la chirurgie et envisager un scan.

***Si suspicion d'un diagnostic alternatif urgent (par ex. torsion ovarienne) : **n'entre pas dans l'algorithme et une échographie devrait être demandée en tout temps. Ne pas faire test urine au préalable de l'échographie pelvienne. Gardez à jeun (liquide clair accepté).**

Inspirations :

Table 1
PAS¹⁹

Diagnostic Indicators	Score Value
Cough <i>or</i> percussion <i>or</i> hop tenderness	2
Anorexia	1
Pyrexia	1
Nausea/emesis	1
Tenderness in RLQ	2
Leukocytosis > 10,000	1
Polymorphonuclear neutrophilia	1
Migration of pain	1
<i>Total</i>	10

PAS = Pediatric Appendicitis Score; RLQ = right lower quadrant.

Tiré de Bhatt SAEM 2009

Diagnostic Pathway for Patients age 3-21 with Suspected **Acute** (<72 hours) Appendicitis

