



HAL
open science

“ Une douleur abdominale complexe ” : processus de diagnostic d’une appendicite lors d’une consultation en urgence et le rôle que peut y jouer le gut feeling. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de praticiens de soins primaires

Loïc Apolda

► **To cite this version:**

Loïc Apolda. “ Une douleur abdominale complexe ” : processus de diagnostic d’une appendicite lors d’une consultation en urgence et le rôle que peut y jouer le gut feeling. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de praticiens de soins primaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02320112

HAL Id: dumas-02320112

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02320112>

Submitted on 26 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2019

Thèse présentée par :

Monsieur APOLDA LOIC

Né le 12/04/1990 à STRASBOURG

Thèse soutenue publiquement le 26/09/2019.

Titre de la thèse :

« Une douleur abdominale complexe » : processus diagnostique d'une appendicite lors d'une consultation en urgence et le rôle que peut y jouer le gut feeling. Etude qualitative par entretiens semi dirigés de praticiens de soins primaires.

Président Mr le Professeur BERTHOU Christian

Membres du jury Mme le Docteur BARAIS Marie

Mme le Docteur ZIRO Myriam

Mr le Docteur GUILLEMOT Hervé

Mr le Docteur CHIRON Benoit

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

Doyens honoraires

FLOCH Hervé

LE MENN Gabriel (†)

SENECAIL Bernard

BOLES Jean-Michel

BIZAIS Yves (†)

DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel Réanimation

CENAC Arnaud Médecine interne

COLLET Michel Gynécologie obstétrique

JOUQUAN Jean Médecine interne

LEHN Pierre Biologie cellulaire

MOTTIER Dominique Thérapeutique

YOUINOU Pierre Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian Anatomie

OZIER Yves Anesthésiologie-réanimation

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian Hématologie

COCHENER-LAMARD Béatrice Ophtalmologie

DEWITTE Jean-Dominique Médecine et santé au travail

FEREC Claude Génétique

FOURNIER Georges Urologie

GENTRIC Armelle Gériatrie et biologie du vieillissement

GILARD Martine Cardiologie

GOUNY Pierre Chirurgie vasculaire

NONENT Michel Radiologie et imagerie médicale

REMY-NERIS Olivier Médecine physique et réadaptation

SARAUX Alain Rhumatologie

ROBASZKIEWICZ Michel Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

AUBRON Cécile Réanimation
BAIL Jean-Pierre Chirurgie digestive
BEZON Éric Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc Biologie cellulaire
BOTBOL Michel Pédiopsychiatrie (*jusqu'en décembre 2018*)
BRESSOLLETTE Luc Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc Pédiatrie
DELARUE Jacques Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie Rhumatologie
DUBRANA Frédéric Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand Chirurgie infantile
HU Weiguo Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine Thérapeutique
LE MEUR Yannick Néphrologie
LE NEN Dominique Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe Pneumologie
MANSOURATI Jacques Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent Dermato-vénéréologie
NEVEZ Gilles Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques Pédiatrie
STINDEL Éric Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge Neurologie
VALERI Antoine Urologie
WALTER Michel Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

ANSART Séverine Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume Pédiopsychiatrie (*à compter du 1er décembre 2018*)
CORNEC Divi Rhumatologie
COUTURAUD Francis Pneumologie
GENTRIC Jean-Christophe Radiologie et imagerie médicale
GIROUX-METGES Marie-Agnès Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève Bactériologie-virologie
HUET Olivier Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan Réanimation
LE GAC Gérald Génétique
LE MARECHAL Cédric Génétique
LE ROUX Pierre-Yves Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric Hématologie
MONTIER Tristan Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste Gastroentérologie

PRADIER Olivier Cancérologie
RENAUDINEAU Yves Immunologie
SEIZEUR Romuald Anatomie
THEREAUX Jérémie Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Professeur des Universités

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

METGES Jean-Philippe Cancérologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe Immunologie
MOREL Frédéric Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

ABGRAL Ronan Biophysique et médecine nucléaire
DE VRIES Philine Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie Génétique
HILLION Sophie Immunologie
LE BERRE Rozenn Maladies infectieuses
LE GAL Solène Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent Cardiologie
LODDE Brice Médecine et santé au travail
MIALON Philippe Physiologie
PERRIN Aurore Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

BERROUIGUET Sofian Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie Dermato-vénéréologie
CORNEC-LE GALL Emilie Néphrologie
GUILLOU Morgane Addictologie
MAGRO Elsa Neurochirurgie
ROBIN Philippe Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike Cancérologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie

BEURTON COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine Biochimie et biologie moléculaire

BOUSSE Alexandre Génie informatique, automatique et traitement du signal

DANY Antoine Epidémiologie et santé publique

DERBEZ Benjamin Sociologie démographie

LE CORNEC Anne-Hélène Psychologie

LANCIEN Frédéric Physiologie

LE CORRE Rozenn Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier Physiologie

MORIN Vincent Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita Rhumatologie

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain Français

RIOU Morgan Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYEN BA Vinh Anesthésie-réanimation

ROUSSET Jean Radiologie et imagerie médicale

DULOU Renaud Neurochirurgie

Remerciements

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements :

- A Monsieur le Professeur Berthou Christian pour l'honneur que vous me faites en présidant ce jury de thèse.
- A Madame le Docteur Ziro Myriam, Monsieur le Docteur Guillemot Hervé et Monsieur le Docteur Chiron Benoit du privilège que vous m'accordez en étant membre du jury de thèse ainsi que de vous être rendu aussi facilement disponible.
- Aux praticiens interrogés pour leur gentillesse tout comme la disponibilité que vous m'avez accordé afin de répondre au questionnaire.
- A mes différents maîtres de stages, aux différentes équipes paramédicales et médicales d'avoir communiqué aussi généreusement leur expérience ainsi que leur passion, tout en m'accompagnant dans mon projet professionnel. Un grand merci pour ces moments d'échanges et de partage aussi bien au travail qu'à l'extérieur.
- A Camille pour son grand soutien.
- A Loly, surnommée Chatoune, comme soutien psychologique et couverture chauffante.
- A mes parents sans qui je n'aurais pu faire ces études de médecine.
- A mon frère, pour sa présence et sa réactivité vis-à-vis de mes demandes anglophones.
- Sans oublier ma chère tante Christine Doucet qui m'a donné le goût du métier.

Un merci tout particulier à ma directrice de thèse, Le Docteur Barais Marie pour sa disponibilité ainsi que ses conseils avisés.

Résumé

Introduction : Diagnostiquer une appendicite aigüe aux urgences est un acte complexe du fait d'une sémiologie polymorphe. Le but de cette étude était d'évaluer le rôle du sens de l'alarme dans le diagnostic de l'appendicite aigüe.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés de praticiens auprès de médecins généralistes, pédiatres, et urgentistes. L'échantillon a été recruté en respectant le principe de variation maximale. Le guide d'entretien portait sur les circonstances ayant conduit à la suspicion d'une appendicite chez un patient. Une analyse thématique a été réalisée par deux chercheurs de façon indépendante.

Résultats : 9 entretiens ont été réalisés entre novembre 2018 et février 2019. La suspicion de l'appendicite était la somme de plusieurs éléments : une douleur complexe associée à un examen clinique objectivant un point d'appel abdominal, l'absence d'argument pour un diagnostic différentiel, une attitude inhabituelle du patient et un sentiment que quelque chose ne va pas décrite comme liée à une expérience antérieure.

Discussion : Le sens de l'alarme dans le contexte spécifique d'une appendicite aigüe dans les soins primaires oriente la prise en charge diagnostique. Ce sentiment d'alarme a été également utilisé comme un outil pour éviter des erreurs diagnostiques d'appendicites.

Abstract

Introduction: The diagnostic reasoning process leading to the suspicion of appendicitis is not well described in primary care. The objective was to explore the role of the sense of alarm in the diagnosis of appendicitis.

Method: Qualitative study with semi-structured interviews with general practitioner, paediatricians and emergency physicians. The topic guide focused on the circumstances leading to the suspicion of appendicitis. A thematic analysis was performed by two researchers.

Results: 9 interviews were conducted between November 2018 et February 2019. The suspicion of appendicitis is the sum of several elements: a complex pain with a clinical examination leading to the abdominal area associated with the absence of evidence for a differential diagnosis, an unusual behaviour of the patient and a feeling that something is going wrong, described as related to a previous experience.

Discussion: The sense of alarm in the specific context of acute appendicitis in primary care guides diagnostic management. This sense of alarm has also been used as a tool to avoid appendicitis diagnostic errors.

Table des matières

1. Introduction.....	11
2. Méthode	12
Recrutement des médecins participants.....	12
Guide d’entretien	12
Analyse	12
3. Résultats	14
Participants.....	14
Analyse	14
Processus diagnostique	15
Investigations complémentaires/demande d’expertise	17
L’analyse de la situation	19
Un sentiment écouté.....	20
4. Discussion	22
Principaux résultats	22
Forces et faiblesses de l’étude	22
Comparaison avec la littérature existante	22
5. Conclusion	24
6. Bibliographie.....	25
7. Annexes	26

Abréviations

MG : Médecin Généraliste

Ped : Pédiatre

Urg : Urgentiste

TDM : Tomodensitométrie

IRM : Imagerie par résonance magnétique

FID : Fosse Iliaque Droite

1. Introduction

Qu'est-ce que le « gut feeling » ?

Littéralement, en traduction brute, cela signifie « sentiment viscéral ».

Il s'agit d'une prise en compte d'un sentiment diagnostique conscient dans des décisions thérapeutiques sur une situation clinique.

Deux types de gut feeling ont été décrit (1)(2):

- le sens de l'alarme ressenti comme un malaise, une inquiétude d'un résultat défavorable possible même s'il n'y a pas d'indication précise, activant un processus de diagnostic amenant à envisager des hypothèses diagnostiques et de prise en charge.

- le sens de réassurance est défini comme un sentiment de sécurité ressenti quant à l'évolution des symptômes du patient. La conduite à tenir envisagée est confirmée et ce même en l'absence d'élément orientant vers un diagnostic particulier.

L'appendicite aigüe

L'appendicite aigüe est l'urgence chirurgicale la plus fréquente. Elle représente 30% des indications chirurgicales digestives en France. L'incidence de l'appendicéctomie en France en 2009 est de 1,39/1000 habitants (3)(4).

Elle touche majoritairement une population entre 20 et 30 ans. L'appendicite est relativement rare chez l'enfant de moins de 3 ans ainsi que chez les plus de 60 ans. Ces 2 catégories de population sont plus touchées par des complications. Il y a 70 à 80 % de perforation chez le jeune enfant et 30% chez le sujet âgé (5). La mortalité est plus élevée aux âges extrêmes de la vie.

La péritonite généralisée liée à une perforation appendiculaire est le principal risque d'une appendicite. La mortalité est 10 à 50 fois plus élevée s'il y a une perforation appendiculaire. La précocité du diagnostic et du traitement a un impact majeur sur le pronostic.

La prise en charge diagnostique en France recommandée par la HAS (6) est décrite sous cette forme : devant un syndrome typique associant hyperthermie, hyperleucocytose $> 10 \times 10^9$ c/l, défense en fosse iliaque droite et crp > 8 mg/L, une intervention chirurgicale est programmée après une échographie pelvienne éventuelle chez la femme pour éliminer une affection des annexes (Annexe 1).

A l'inverse, s'il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'hyperleucocytose, pas de défense de fosse iliaque droite et pas d'élévation de la CRP, le diagnostic est écarté.

Si le syndrome appendiculaire est incomplet ou douteux on réalise soit un scanner ou une échographie, soit on garde le patient en observation pendant 24h (7).

Certaines formes liées à des variantes anatomiques sont plus difficiles à diagnostiquer (8)(9). Cette difficulté peut être liée à la position anatomique. Par exemple une appendicite de forme retro caecale va retrouver des signes lombaires couplés à un examen urinaire normal, une forme sous hépatique mimant une cholécystite ou encore méso cœliaque donnant une occlusion fébrile... Ou peut être liée à l'influence circonstancielle avec par exemple la diminution des symptômes ressentis et exprimés par une prise concomitante d'antibiotique ou d'antalgique.

Diagnostiquer une appendicite aigüe est un acte complexe du fait d'une sémiologie polymorphe. Le but de cette étude était d'évaluer le rôle du sens de l'alarme dans le diagnostic de l'appendicite aigüe.

2. Méthode

Etude qualitative menée par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes, pédiatres et urgentistes ayant déjà posé un diagnostic d'appendicite aiguë.

Recrutement des médecins participants

Le recrutement des médecins participants a été réalisé par méthode boule de neige en respectant le principe de variation maximale, jusqu'à saturation des données. La population devait être qualitativement représentative de la population médicale susceptible de diagnostiquer une appendicite aiguë et garantir une variation maximale au sein de l'échantillon. Les médecins ont été sollicités sur les terrains de stage et parmi l'entourage de l'interne interviewer, après présentation du sujet de la thèse.

Un entretien individuel semi-directif a été réalisé avec chaque médecin participant. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrit *verbatim*. Les entretiens ont été réalisés à l'hôpital sur un temps de repos et au domicile de l'interviewer.

Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré à partir d'une étude similaire concernant l'embolie pulmonaire réalisée en 2014 (10).

L'objectif était que les médecins participants se remémorent un cas passé de diagnostic d'appendicite aiguë. Des questions ouvertes leur étaient posées dans un premier temps. Puis des relances pour préciser leur propos et développer sur les signes cliniques.

Cette méthode a été choisie pour explorer l'expérience personnelle de chacun et non celle du groupe dans son ensemble. Elle a été menée dans une perspective phénoménologique afin de décrire, à partir des données, la manière dont les médecins ont effectué le processus diagnostique d'une appendicite.

Analyse

Une analyse thématique a été réalisée en suivant le coding paradigm de la grounded theory, dans une perspective phénoménologique. Un premier codage ouvert a été réalisé. Le codage axial puis sélectif était constitué des différentes catégories regroupant les codages ouverts. Deux chercheurs ont réalisé cette étape de façon indépendante. Les logiciels Word et Nvivo ont été utilisés.

La saturation des données a été atteinte après le septième entretien. Les huitième et neuvième entretiens n'ont pas permis d'identifier de nouveaux codes.

TABLEAU 1. Guide d'entretien.

<u>Objectif</u>
Explorer comment les médecins soupçonnent une appendicite et le rôle que peut y jouer le sens de l'alarme.
<u>question brise-glace</u>
Voulez-vous me parler d'un cas d'appendicite que vous avez diagnostiqué ?
<u>question pour poursuivre la discussion</u>
Quel bilan clinique ou paraclinique faites-vous et quelle importance lui accordez-vous pour la suite de la prise en charge ? (biologie, échographie, ...)
<u>Questions de réouverture:</u>
Certains d'entre vous ont parlé de l'utilisation de l'instinct et de la conviction pour le diagnostic d'appendicite. Qu'en pensez-vous ?
Que recherchez-vous en particulier lors de l'examen clinique ?
Dans quelle mesure connaissiez-vous le patient ?
Quelle en a été l'importance pour vous ?
<u>Question de clôture :</u>
Avez-vous quelque chose à ajouter ?

3. Résultats

Participants

Les caractéristiques des participants et les pratiques sont résumées dans le tableau 2.

Nombre (n)	9
Age 50 – 65 ans	6
40 – 50 ans	1
30 - 40 ans	2
Féminin	5
Masculin	4
Médecin Généraliste	3
Maitre de stage	2
Pratique rurale	1
Pratique urbaine	1
Pratique mixte (libérale et hospitalière) effectuant des gardes aux urgences	1
Pédiatre	5
Maitre de stage	5
Pratique hospitalière et effectuant des gardes aux urgences	5
Urgentiste	1
Maitre de stage	1

TABLEAU 2. Caractéristique des participants.

L'entretien le plus court a duré 9 minutes 43 secondes, le plus long 23 minutes 24 secondes.

Analyse

L'analyse des entretiens a conduit à un assemblage de fragments de textes qui ont pu être structurés en catégories et regroupés en 4 thèmes principaux résumés dans le tableau 3.

Thèmes	Catégories
Processus diagnostique	<u>3 signes cardinaux</u>
	<u>Interrogatoire</u>
	<u>Attitude</u>
	<u>Palpation</u>
	<u>Autre</u>
Investigations complémentaires/demande d'expertise	<u>La biologie</u>
	<u>L'imagerie</u>
	<u>Impact sur la prise en charge</u>
	<u>Contexte de consultation</u>
	<u>Pour la demande d'avis chirurgical</u>
L'analyse de la situation	<u>La connaissance du patient</u>
	<u>Le point de vue d'une connaissance du patient</u>
Un sentiment écouté	<u>Une réévaluation</u>
	<u>Les processus de l'alarme</u>

TABLEAU 3. Thèmes et catégories de l'analyse des entretiens.

Processus diagnostique

3 signes cardinaux

Les médecins interrogés avaient mis en avant les cas typiques où on retrouvait la triade décrite dans les manuels, il n'y avait plus beaucoup de place au doute.

L54 « *la triade, la suite logique de l'appendicite, qui est une douleur qui est permanente, qui s'intensifie, avec, toujours secondairement, une fièvre qui est peu intense, 38/38,5°, pareil, qui reste, et un enfant qui s'altère progressivement* » P3, Ped.

L13 « *: Il y a la douleur de la fosse iliaque droite avec une petite défense, il y a une langue saburrale et un fébricule à 38°* »

L40 « *Une douleur en fosse iliaque droite avec la température s'il n'y a pas une langue saburrale, ce n'est pas une appendicite. Et je me suis toujours basée là-dessus et je ne me suis jamais trompée.* » P9, MG.

Interrogatoire

Néanmoins dans les formes plus compliquées il a été décrit une accumulation d'éléments qui commençait dès l'interrogatoire avec notamment une modification de l'alimentation : un dégoût ou une diminution de celle-ci.

L26 « *Parce que ce jeune homme que je connaissais, n'était pas le même, et on était avec des signes un petit peu flous, vagues, avec une maman qui disait « il ne mange pas beaucoup mais bon il faut que ça aille quand même »* » P1, MG.

L7 « *En même temps il y avait un dégoût de l'alimentation, parfois des nausées* » P2, Ped.

La description de la douleur avait également été décrite comme aillant une part importante dans le processus diagnostique. On retrouvait notamment une douleur sourde, d'intensité croissante non paroxystique d'origine abdominale qui faisait tout particulièrement penser à l'appendicite.

L5 « *la douleur abdominale était d'abord mal localisée puis localisée... Ensuite une fois localisée par l'enfant elle est croissante* » P2, Ped.

L 55 « *une douleur qui est permanente, qui s'intensifie* » P3, Ped.

L5 « *Une douleur inhabituelle chez un enfant qui n'a pas de souci de santé particulier. Et qui a mal au ventre... Ils n'arrivent pas à expliquer ça... C'est une douleur qui ne passe pas... La maman le ramène au bout de 48 à 72h...* »

L153 « *Tu vois c'est ça, c'est une douleur qui s'installe et qui ne disparaît pas ? Et c'est un diagnostic qui n'est pas facile... Tu vois chez le tout petit enfant...* » P4, MG.

L57 « *C'était la douleur, et une douleur qu'on retrouve systématiquement au niveau du ventre.* »

L79 « *Donc moi les premiers signes, ceux qu'on retrouve tout le temps, c'est la douleur, et après on s'aide d'un certain nombre de petits signes associés* » P7, Ped.

Attitude

Un comportement ou une attitude perçue comme anormal pour un enfant orientait vers une atteinte abdominale sévère d'après les praticiens, dans certains cas même directement vers un tableau d'appendicite. Les médecins avaient perçu dans ces attitudes et comportements un sentiment d'alarme en ressentant le besoin d'éliminer l'appendicite.

L16 « Je le trouve plus prostré, (...), alors que moi je voulais voir comment il évoluait sur le plan staturopondéral, je le trouve un peu raide. » P1, MG

L87 « Après c'est le ressenti... (...) En plus tu as parfois le rictus douloureux de l'enfant... L'enfant à une certaine attitude qui t'oriente vers ce diagnostic... Je te dirais ce n'est pas assez spécifique mais ma propre expérience me dit que c'est spécifique de cette douleur... Ils ont des attitudes qui parfois te fait dire lui il me fait quelque chose... Et ton examen te... D'ailleurs tu as un soupçon à l'interrogatoire, à l'attitude du patient... Son rictus douloureux qui t'amène à penser qu'il y a une appendicite. » P4, MG.

L17 « Et puis je rentre dans la chambre et je vois une petite fille assise sur son lit, qui jouait avec sa grand-mère aux cartes, et qui ne bougeait absolument pas, qui était toute raide, toute rigide, elle tournait à peine la tête. Elle était assise mais elle ne bougeait surtout pas, en particulier les membres inférieurs »

L177 « c'est les enfants les plus grave en général c'est ceux qui ne disent rien, qui ne bouge pas, qui sont à l'économie, qui ne font pas un bruit » P5, Ped.

L8 « mais elle a ce teint gris et c'est surtout qu'elle a cette espèce de léthargie pour un enfant de deux ans » P6, Ped.

L45 «, il faut se méfier de l'enfant trop sage et souvent un peu dyspnéique du fait de la douleur » P7, Ped.

Palpation

Ensuite venait le temps de la palpation qui était décrite comme importante à la recherche de complications, pour examiner la sensibilité abdominale notamment droite. Lors de cette palpation certains praticiens continuaient d'évaluer l'attitude du patient.

L22 « une palpation abdominale très sensible, et évidemment une palpation très sensible à droite, ça a suffi à m'alarmer » P1, MG.

L 17 « je regarde si le ventre respire. Je palpe en commençant par la FIG » P2, Ped.

L13 « Non, à la palpation j'achetais complètement l'appendicite. (...) douleur typique des livres avec la petite défense, la douleur qui était permanente, et qui évoluait à bas bruit »

L61 « Et à la palpation bien sûr, qu'il y a une modification de la tonicité de la paroi abdominale en région douloureuse » P3, Ped.

L45 « ... C'est une douleur, ou une sensibilité et parfois une défense... En général on dit bien au point de mac Burney... » P4, MG.

L24 « Je l'examine, et en l'examinant elle ne voulait absolument pas que je lui touche le ventre. Le ventre était souple, il n'était pas dur comme du bois, mais elle ne voulait absolument pas que je lui touche le ventre. Plusieurs fois j'y reviens et à chaque fois, en pleurant, elle me repousse. » P5, Ped.

L23 « En fin cette hésitation à la palpation, parce qu'elle n'était pas si douloureuse que ça mais elle crispait un peu le visage en pelvien »

L59 « je fais une palpation, je fais le test de Bloomberg, (...) Et à la palpation je palpe assez profondément pour voir s'il y a une défense, mais vraiment profondément, après il y a des ventres de bois où il n'y a pas besoin d'appuyer trop fort, ça dépend aussi du comportement de l'enfant. » P7, Ped.

L31 « sur le plan clinique, la douleur au tiers, le Mcburney si je me souviens bien. Je cherche aussi beaucoup la douleur à la décompression, je cherche le psotisme, je cherche beaucoup ça parce que je trouve que c'est des bons signes d'orientation » P8, Urg.

Autre

En plus de la palpation certains praticiens poursuivaient leurs investigations par une verticalisation et une recherche de langue saburrale.

L 89 « Quand ce sont des enfants c'est difficile. Eh bien j'avoue que je verticalise les enfants. (...) et à la limite je les mets dans les bras des parents. Et je palpe le ventre. Et là si j'arrive à bien palper le ventre, l'enfant est moins effrayé, ça me rassure » P1, MG.

L9 « Sauf que bon en le faisant sautiller sur la jambe droite il peine et il grimace »

L 11 « Je regarde toujours la langue ! ... elle est saburrable comme c'est souvent le cas dans l'appendicite (...) avec les douleurs fonctionnelles la langue est rose... » P2, MG.

Investigations complémentaires/demande d'expertise

Les médecins ont été interrogés sur les outils à leur disposition pour poser le diagnostic d'appendicite et la place qu'ils leurs laissaient.

La biologie

La biologie était considérée différemment par l'ensemble des médecins. Certains l'intégraient comme une aide pour confirmer les doutes liés à la clinique, d'autres pour éliminer la péritonite, d'autres la trouvaient inutile. Mais dans tous les cas elle n'avait pas changé leur prise en charge et tous étaient d'accord pour dire qu'on ne posait pas le diagnostic ou qu'on ne l'éliminait pas avec la biologie.

L 29 « Je pense que le bilan biologique c'est très important, notamment là avec plus de 10 000 polynucléaires et une CRP supérieure à 15 » P2, Ped.

L20 « Pour moi, la bio ne sert à rien, parce qu'elle ne change pas grand-chose, une bio négative n'élimine pas le diagnostic (...) de toute façon, dans les deux cas, on ira à l'écho »

L27 « le seul intérêt, c'est une CRP supérieure à 100, de résonner, et de se dire « ah est-ce que ce n'est pas une péritonite que j'ai en face de moi ? » P3, Ped.

L28 « Voilà les arguments paracliniques viennent peaufiner tes soupçons, mais c'est surtout le sens clinique, l'interrogatoire, l'examen clinique... » P4, MG.

L67 « après ce qui aide c'est le bilan biologique et puis l'écho maintenant, en sachant qu'on a tous vu des appendicites réelles et déjà un peu avancées avec un bilan biologique normal. » P5, Ped.

L30 « La prise de sang aurait été parfaite, ça aurait été moins intrigant. Se retrouver avec une CRP à 40 et des neutro qui étaient à 12000 je crois, c'est là que je me suis dit qu'il y avait quelque chose et qu'il fallait explorer au niveau abdominal, parce que les signes étaient quand même digestifs et après c'est le scanner qui a complété l'écho et qui a posé le diagnostic. » P7, Ped.

L51 « en fait je vais surtout chercher à éliminer tout le reste. D'éliminer les problèmes urinaires, les problèmes gynéco forcément, parce que ça peut être trompeur, les Béta HCG, il va y avoir beaucoup de chose de diagnostic d'élimination » P8, Urg.

L56 « ... Si la clinique est là je ne vois pas pourquoi on aurait besoin de ça. »

L17 « Je me base uniquement sur la clinique et si j'ai un doute je demande une biologie pour une hyper leucocytose ou pas, et ça s'arrête là. » P9, MG.

L'imagerie

L'échographie et le scanner étaient décrits comme une aide plus importante que la biologie pour poser le diagnostic tout en éliminant un diagnostic secondaire en cas de doute. Le résultat permettait d'orienter la prise en charge immédiate en dehors de point d'appel d'urgence.

L33 « l'échographie, ça peut effectivement aider au diagnostic pour les diagnostics foireux, par exemple les abcès mésentériques qui ne sont qu'en fosse iliaque droite ou les pyélo foireuses, ça peut aider » P3, MG.

L87 « et quand je me dis « il y a un truc qui ne colle pas », je fais une imagerie. » P7, Ped.

L29 « c'est le scanner qui m'a remis dans le droit chemin »

L47 « l'examen clé pour moi c'est l'écho, y compris chez des gens des fois un peu limites pour une écho, je vais plutôt demander en premier lieu une écho » P8, Urg.

Impact sur la prise en charge

Avec un bilan d'appendicite négatif et sans autre point d'appel ni signe de gravité certains n'appelaient pas le chirurgien. Mais de manière unanime lors des entretiens les praticiens convoquaient le patient à 48h pour réévaluer la clinique lorsqu'ils étaient convaincus de l'hypothèse d'une appendicite.

L34 « en fait on ne demandera pas d'avis chirurgical, éventuellement on fait une échographie de sécurité dans les 24h. Et surtout si la douleur augmente la nuit il faut revoir l'enfant très rapidement... La douleur ou la fièvre d'ailleurs » P2, Ped.

L40 « de toute façon la prise en charge sera la même que si on n'a pas d'appendicite vu à l'écho, on se donnera 48h et il reviendra et puis c'est tout. » P3, Ped.

L40 « Sinon rien ne nous empêche de reconvoquer dans 24h l'enfant pour le réévaluer... » P4, MG.

L50 « L'échographie finalement on l'a eu que le lendemain matin parce que c'était dans la nuit, ça n'a pas changé ma prise en charge sur le fait que j'ai dégainé directement des antibiotiques IV en me disant « je ne sais pas ce qu'on traite mais là il y a un truc, ça ne va pas. », sans attendre la bio, sans attendre. » P6, Ped.

L93 « ... Si j'ai encore un doute je vais garder l'enfant, ou le reconvoquer. Après les imageries sont quand même de plus en plus performantes sur tout ça. » P7, Ped.

L'influence du contexte de consultation

Devant la complexité du diagnostic lors d'une pratique libérale rurale, le patient était envoyé directement aux urgences sans attendre des résultats paracliniques pour éviter un transfert secondaire dès que le diagnostic était suspecté cliniquement.

L40 « Il faut savoir que moi, j'exerce à la campagne, que nous sommes à 20 minutes en voiture d'un centre d'échographie, d'un centre de scanner, d'un centre biologique pour faire des analyses, et que, pour moi, faire déplacer les gens c'est compliqué. (...) Donc je transfère pour un syndrome abdominal aigu fébrile aux urgences » P1, MG.

La demande d'avis chirurgical

Dans la plupart des entretiens on pouvait cependant noter que certains praticiens ne faisaient les examens complémentaires que pour appeler le chirurgien et justifier leur examen sans en ressentir un besoin pour poser le diagnostic. Une démarche qu'ils regrettaient.

L20 « les chirurgiens ne résonnent pas sans écho, qui confirme l'appendicite, et vu que les radiologues ne veulent pas d'écho sans bilan ... » P3, Ped.

L99 « parce que maintenant les chirurgiens opèrent sur une imagerie, ils n'opèrent pas forcément sur un patient, et ça c'est dommage parce que les internes en chirurgie ne viennent plus examiner les enfants » P7, Ped.

L45 « Non, la seule chose que je regrette c'est que justement actuellement ils font passer les examens secondaires avant la clinique et qu'ils n'opèrent plus sur uniquement un sens clinique, il leur faut un scanner » P9, MG.

L'analyse de la situation

La connaissance du patient

Parmi les praticiens interrogés, certains nous ont déclaré que le fait de connaître ou non un patient ne changeait rien à leur prise en charge et à leur ressenti de l'examen clinique.

Parmi les autres praticiens la connaissance du patient était au contraire une aide diagnostique. Une aide qui était décrite notamment dans l'évaluation du vécu de la douleur par le patient, et ce surtout si le patient était perçu comme « dur au mal » amenant à éliminer plus particulièrement un diagnostic grave comme l'appendicite. Le fait de connaître un patient comme habituellement plaintif ne devait pas être un argument pour éliminer rapidement une appendicite. Les praticiens interrogés partageaient une grande appréhension de passer à côté du diagnostic à cause de formes sourdes.

L118 : « Je te dirais que des diagnostics d'appendicites on en fait pas tous les jours, (...) par contre des enfants qui ont régulièrement des problèmes de constipation, des problèmes de mal au ventre... Donc pour moi, effectivement c'est important d'avoir un petit peu la connaissance de son patient sur ce plan-là. Est-ce que c'est un enfant qui se plaint ou qui ne se plaint pas (...). Les adultes c'est pareil (...), et ça permet d'être attentif quand le discours est différent (...) connaître son patient, pour moi, ça me semble intéressant, bien sûr » P1, MG.

L76 « Quand tu connais quelqu'un que tu connais ses antécédents, tu as l'habitude de le recevoir... S'il vient pour la première fois pour une douleur ou un syndrome qui évoquerait un syndrome appendiculaire oui ce serait plus facile ! » P4, Ped.

L112 « Je pense que ça aiderait. De connaître le caractère de l'enfant, comment il réagit habituellement, je pense que ça aiderait. La difficulté c'est quand on sait que l'enfant est très chocotte un peu pusillanime et qu'on se dit qu'encore une fois il a mal mais bon (...) Mais à chaque fois qu'elle avait mal au ventre je l'examinais quand même, pour être sûr et ne pas dire « bon encore une fois ce n'est rien du tout ». Mais dans tous les cas, oui, j'aurais plutôt tendance à dire que ça aide. » P5, Ped.

L76 « Et donc le fait de connaître, même sur une courte durée, finalement oui je vais être encore plus suspicieux, et au pire je ne laisserai pas la personne rentrer et on utilisera tant pis le scanner avec injection si nécessaire, à partir du moment où la douleur dure plus de 48h parce qu'on a vu des péritonites qui étaient très peu bruyantes dans ces contextes-là. » P8, Urg.

Le point de vue d'une connaissance du patient.

Lorsque le patient n'était pas connu les praticiens interrogés avaient tendances à se tourner vers l'accompagnant, majoritairement vers le parent chez les enfants. Une inquiétude des parents face à un changement de comportement chez l'enfant était généralement vécue comme un signal d'alarme.

L 74 « Des fois ils nous donnent des éléments importants. Là ils nous expliquent qu'il ne peut pas se coucher sur son côté droit... »

L 81 « et il faut vraiment essayer de bien interpréter les signes décrits par les parents... Et je crois que le fait de les connaître ou pas c'est subjectif » P2, Ped.

L117 « Et pour ça, en pédiatrie, la présence des parents reste indispensable et ils disent toujours « là il se passe quelque chose, là il ne se passe pas », même si l'inquiétude parentale surestime souvent la gravité des symptômes, ils restent quand même des intervenants essentiels dans le diagnostic. » P3, Ped.

L128 « Oui alors là pour le coup quand les parents disent « non non non il y a un problème, ça ne va pas », il faut vraiment les écouter c'est vrai. » P5, Ped.

Un sentiment écouté

Lorsqu'ils pensaient à l'appendicite ils cherchaient à l'éliminer coûte que coûte. La perception d'un sentiment « ça cloche » les engageait dans l'enquête diagnostique.

L 74 « si j'ai dans la tête que c'est possiblement une appendicite, j'adresse. Je fais comme ça. » P1, MG.

L82 « : Avant de faire l'examen il ne faut pas avoir trop de convictions parce qu'on peut se tromper en fait (...). Par contre après quand je l'examine, un peu comme la petite fille, il y a une espèce de sixième sens, enfin pas de sixième sens mais de se dire qu'il y a un truc qui ne colle pas et quand je me dis « il y a un truc qui ne colle pas » P7, Ped.

Une réévaluation

Un des points importants à relever était justement que même devant des résultats radio-biologiques négatifs, s'il y avait un doute quant à une appendicite, le patient était généralement réévalué rapidement.

L40 « de toute façon la prise en charge sera la même que si on n'a pas d'appendicite vu à l'écho, on se donnera 48h et il reviendra et puis c'est tout. » P3, Ped.

L112 « Voilà c'est dire que le diagnostic d'appendicite au final n'est pas toujours facile surtout chez l'enfant... Après tu as des présomptions cliniques et tu peux ne pas t'acharner sur le patient... Si on juge qu'il n'y a pas des signes de gravité on peut se permettre de temporiser et de réévaluer cette personne... Il ne faut pas la laisser repartir dans la nature sans la voir mais voilà. » P4, MG.

Les processus de l'alarme

Ce sentiment que quelque chose clochait a été décrit par certains dès l'inspection du patient. Et ce avant même de débiter l'interrogatoire ou l'examen clinique, juste sur l'attitude ou la position du patient.

L118 « Une appendicite bien inflammée même s'il est autiste, sourd et muet... Tu n'as pas besoin de parler, tu te dis cet enfant là il ne peut pas être comme d'habitude... Il faut l'examiner... » P4, MG.

L21 « En rentrant je me dis « oula là elle est quand même un peu rigide, un peu raide » P5, Ped.

L64 « Souvent, quand le motif c'est douleur abdo et qu'on ouvre la porte, la première présentation de l'enfant, elle tique. Tu vois, tu te dis « lui clairement ce n'est pas ça », celui qui est prostré, pas bien, les parents à côté, là c'est une attitude » P6, Ped.

Une impression qui continuait d'émerger lors de l'interrogatoire, notamment sur le ressenti de l'histoire véhiculée à la fois par le patient et par l'entourage de celui-ci.

L 18 « donc après sa maman me dit « il mange moins, il a parfois mal au ventre », donc là je m'oriente, alors que je n'étais pas parti pour, sur une histoire digestive » P1, MG.

L100 « Et voilà je te dirai encore que l'interrogatoire, l'attitude du patient te font penser qu'il y a quelque chose, un processus inflammatoire à droite. Donc probablement une appendicite » P4, MG.

L101 « Alors sens clinique c'est plus sur l'aspect de l'enfant, il est un peu gris, il est quand même un peu trop calme, il est mal positionné, il est angoissé, des trucs comme ça. Alors après sur l'instinct et l'association de tout ça, plus l'expérience... Alors où on voit le stress, l'angoisse, parce que les pédiatres sont très angoissés, et le stress de l'enfant, le stress des parents aussi ça joue. » P5, Ped.

Un sentiment qui se confirmait au final lors de l'examen clinique.

L47 « Mais ce qui m'avait alerté, c'est vraiment cette attitude complètement guindée et puis le fait qu'elle ne veuille pas qu'on appuie sur son ventre » P5, Ped.

L14 « sachant que c'est plutôt la présentation neurologique qui m'a alerté »

L56 « C'est beaucoup l'expérience clinique. On a vu des appendicites très foireuses avec des bilans négatifs, des enfants avec des ventres souples, on a vu aussi des ventres avec des sensibilités qui n'avaient pas d'appendicite... Je pense que la présentation clinique reste, les enfants qui sont prostrés, ne bouge pas quand tu leur demandes » P6, Ped.

L23 « En fin cette hésitation à la palpation, parce qu'elle n'était pas si douloureuse que ça mais elle crispait un peu le visage en pelvien et tout ne collait pas. Et je pense en fait qu'il y avait un sens clinique, je n'étais pas sûre à 100% que c'était une appendicite mais il y avait quelque chose qui ne collait pas complètement. » P7, Ped.

Les praticiens expliquaient surtout ce sentiment en analysant la situation clinique par comparaison à ce qu'ils avaient vu avant sans pouvoir l'expliquer complètement. Comme une forme d'expérience qui devenait de plus en plus fine au fur et à mesure des diagnostics.

L87 « c'est l'association des bases de connaissances, du flot de patients qu'on a vu avant, du nombre de diagnostics qui ont été confirmé sur notre flot de patients ce qui permet notre feed back sur notre façon de travailler ? Alors oui, effectivement, cet instinct est essentiel (...) Si on était juste des ordinateurs en se basant sur des critères cliniques, on nous donnerait juste des pourcentages de probabilités, et le mécanisme qui fait qu'on passe de 80 à 100% de probabilité pour nous, c'est de l'intuition et je pense que ça fonctionne » P3, Ped.

L51 « Alors quand elle se présente et quand on a vu pas mal d'appendicite dans sa carrière. Je veux dire des fois même à l'interrogatoire à l'attitude du patient... On est amené à y penser facilement... Quand on est facilement emporté par l'attitude du patient, la symptomatologie, la clinique vient confirmer... On a plus de doute ! L'instinct il est là en fait... » P4, MG.

L71 « Non, à part qu'en fait en médecine, la clinique ça compte, je pense que l'impression clinique et la clinique, peut être que c'est le critère le plus important qu'un PCT ou qu'une écho et que finalement on est pas si mauvais que ça. » P6, Ped.

L98 « Pas particulièrement, plus on voit de patients et plus on est performant je pense » P7, Ped.

L84 « Oui question difficile parce que j'ai tendance à croire qu'on a une sorte de sixième sens, si on peut appeler ça comme ça, aux urgences, mais c'est forcément basé sur la compilation ou l'agrégation de micro signes, peut être dont on n'a pas conscience, le patient est un petit peu gris, il est un peu pas bien. » P8, Urg.

4. Discussion

Principaux résultats

L'objectif de cette étude était d'évaluer le rôle du sens de l'alarme dans le diagnostic de l'appendicite. En l'absence des signes cliniques classiques d'une appendicite aiguë, les praticiens interrogés intégraient d'autres éléments à leur évaluation diagnostique tel que l'absence d'argument pour un diagnostic différentiel, une attitude inhabituelle du patient et un sentiment que quelque chose ne va pas. Certains s'affranchissaient même des examens complémentaires ou les réalisaient sans qu'ils n'entrent en considération dans leur prise en charge. Devant de multiples tableaux cliniques différents, les praticiens ont écouté leur sens de l'alarme pour aller au-delà de la sémiologie commune décrite en soin secondaire ou tertiaire. Pour les médecins interrogés, intégrer le sens de l'alarme dans la démarche diagnostique leur évitait des erreurs en les sortant de leur routine.

Forces et faiblesses de l'étude

Les entretiens ont été effectués auprès de différents acteurs de soins primaires d'âge et de genre différents : urgentistes, pédiatres, médecins généralistes, travaillant dans le milieu hospitalier, en ville ou en milieu rural. Ils ont apporté un regard différent ou abordé des situations cliniques d'une autre façon et renforcer ainsi l'étude. Néanmoins il y a une plus grande proportion de pédiatres amenant ainsi une étude plutôt à prévalence pédiatrique.

Les entretiens se sont déroulés dans un endroit calme sans limitation de durée créant ainsi une ambiance d'interview propice.

Je connaissais à titre personnel certains des médecins interrogés. La plupart ont fait partie de mes maîtres de stage permettant ainsi d'avoir une discussion et un retour d'expérience plus libérés. Même s'ils n'ont pas eu accès au questionnaire, ils connaissaient le sujet de ma thèse avant le début de l'interview amenant ainsi un temps de remémoration et de réflexion antérieures. Les données sont basées sur des expériences personnelles et non des opinions générales.

Comparaison avec la littérature existante

Un des éléments mis en avant était notamment l'attitude du patient ou sa présentation. Une douleur abdominale suivie d'un changement par rapport à un état antérieur connu ou décrit par l'entourage faisait penser à une douleur sourde évolutive et ainsi craindre l'appendicite.

Le sentiment d'alarme ressenti amène à réfléchir sur sa pratique, à moduler sa façon de prendre en charge ou d'agir. Le praticien sort de sa routine et examine le patient en pratiquant une sémiologie différente de celle qu'il a apprise. Dans les entretiens, plusieurs signes ont été évoqués, différents des signes cardinaux habituellement décrits pour l'appendicite :

- La verticalisation avec le saut sur un pied permettait d'évaluer de manière indirecte la douleur abdominale,
- Le jeu avec l'enfant en lui palpant le ventre afin de voir si celui-ci ôte la main de l'examineur en regard de la FID.
- La préoccupation des parents.

Ce qui en soit est en corrélation avec de précédentes études sur l'utilisation du sens de l'alarme en médecine primaire et l'utilisation de l'intuition par les médecins généralistes (11). Il a déjà été décrit comme primordial dans la suspicion d'une embolie pulmonaire (10). L'absence d'orientation diagnostique autre que l'embolie pulmonaire, un sentiment d'alarme, un changement d'état du patient associé pour certains à un échec antérieur de diagnostic d'embolie pulmonaire étaient les 4 éléments qui avaient orienté les médecins interrogés vers le diagnostic d'EP.

Van Den Bruel et al. ont montré l'importance du sens de l'alarme en soins primaires pour détecter des infections graves chez l'enfant (12). Ils ont notamment montré que ce ressenti était primordial pour la précocité de la prise en charge. La perception que quelque chose cloche malgré une évaluation clinique satisfaisante augmentait considérablement le risque de maladie grave avec un rapport de probabilité de 25,5 [IC95 = 7.9 - 82.0] (12). Dans l'étude de Granier et al. l'apparition d'un purpura n'était présente que chez la moitié des enfants atteints de méningite fulminante. Les praticiens de soins primaires utilisaient une sémiologie différente adaptée à leur terrain plutôt que la sémiologie hospitalière. Un comportement léthargique de l'enfant, l'absence de contact visuel, le degré d'anxiété des parents et le comportement inhabituel de l'enfant étaient les signes cliniques qu'ils avaient utilisés pour suspecter une méningite (13). Ce même schéma est présent pour la coronaropathie et la douleur thoracique où la suspicion de la pathologie est principalement déterminée par son évocation sémiologique associée à un changement soudain de l'état du patient (14).

Pour le diagnostic d'appendicite aiguë, le sentiment d'alarme est également utile en prévention de l'erreur. Les praticiens interrogés ne s'étaient pas arrêtés à des critères diagnostiques négatifs : ils avaient poursuivi les explorations ou avaient convoqué le patient pour une réévaluation clinique. Certains médecins interrogés ont ainsi pu poser le diagnostic d'appendicite sur des formes ne répondant pas aux critères cardinaux.

Quelle est la valeur diagnostique des 3 signes cliniques décrits par les participants ? Il serait intéressant d'étudier la sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative de la verticalisation avec le saut sur un pied, si l'enfant ôte la main de l'examineur en regard de la FID lors de la palpation abdominale, associés à une rupture vis-à-vis de l'état antérieur du patient et la préoccupation des parents.

Les médecins de soins primaires font face à des pathologies à un stade précoce, avec des signes cliniques aspécifiques. Bien souvent les signes cardinaux tels qu'ils ont été appris sont peu utiles à ce stade indifférencié (15). La question de l'enseignement de la sémiologie en terrain de stage en soins primaires se pose : le sens de l'alarme peut fournir un modèle aux étudiants pour quitter leur routine théorique et chercher d'autres symptômes, moins caractéristiques de ceux qu'ils ont appris en secteur hospitalier.

5. Conclusion

L'objectif de cette étude était d'évaluer le rôle du sens de l'alarme dans le diagnostic de l'appendicite. En l'absence des signes cliniques classiques d'une appendicite aiguë, les praticiens interrogés intégraient d'autres éléments à leur évaluation diagnostique tel que l'absence d'argument pour un diagnostic différentiel, une attitude inhabituelle du patient et un sentiment que quelque chose ne va pas.

Les praticiens ont écouté leur sens de l'alarme pour aller au-delà de la sémiologie commune décrite en soin secondaire ou tertiaire. La verticalisation avec le saut sur un pied impossible, si l'enfant ôte la main de l'examineur en regard de la FID lors de la palpation abdominale, associés à une rupture vis-à-vis de l'état antérieur du patient et la préoccupation des parents étaient les signes cliniques qui avaient alertés les praticiens interrogés.

Intégrer le sens de l'alarme dans la démarche diagnostique avait permis d'intégrer d'autres signes cliniques à leur examen. Les médecins interrogés étaient sortis de leur routine décisionnelle pour éviter une erreur diagnostique.

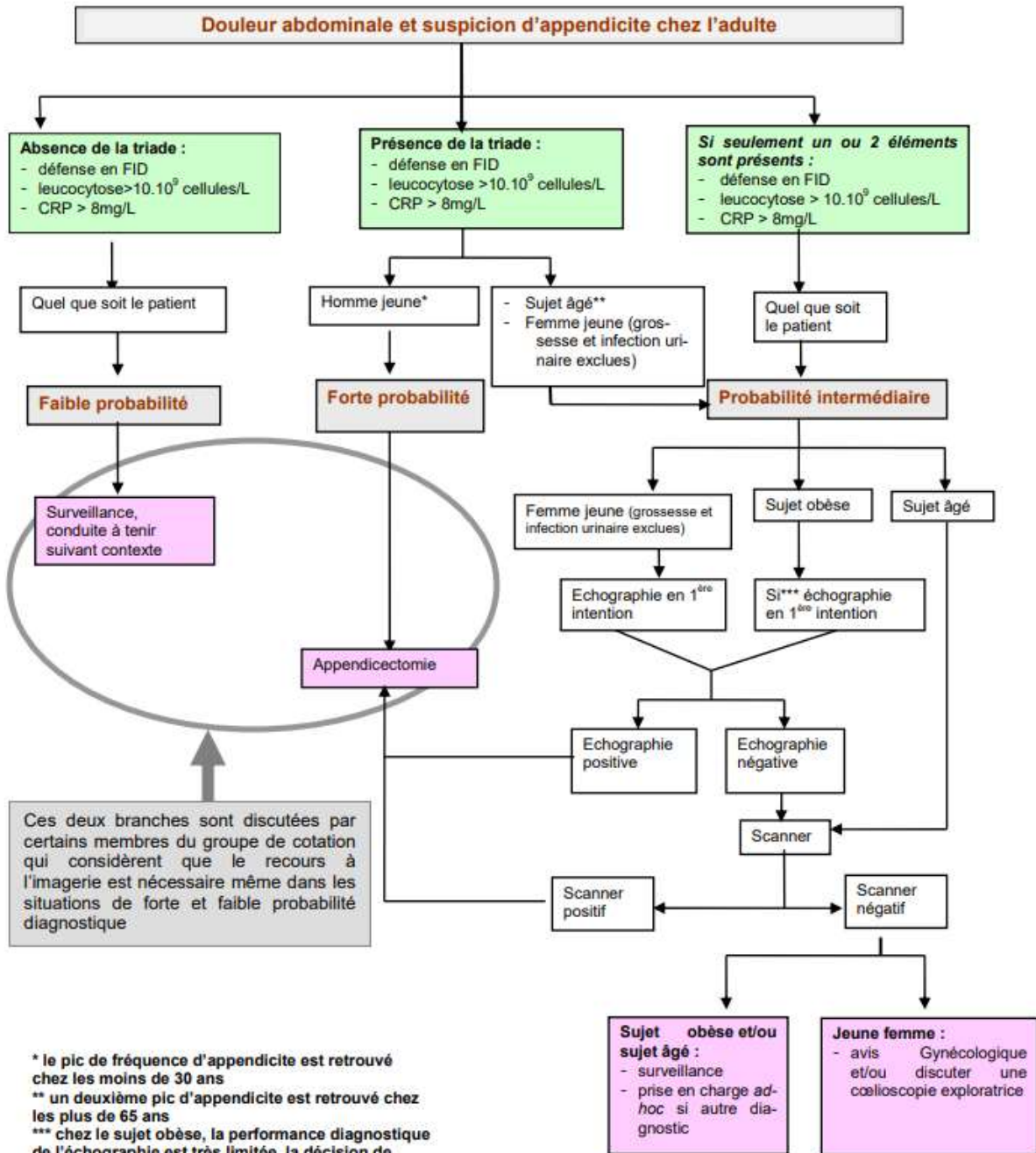
Les caractéristiques statistiques des signes cliniques évoqués par les praticiens interrogés sont à étudier pour connaître leur précision. Apprendre cette sémiologie adaptée aux soins primaires pourrait être un objectif de la formation initiale des étudiants en médecine.

6. Bibliographie

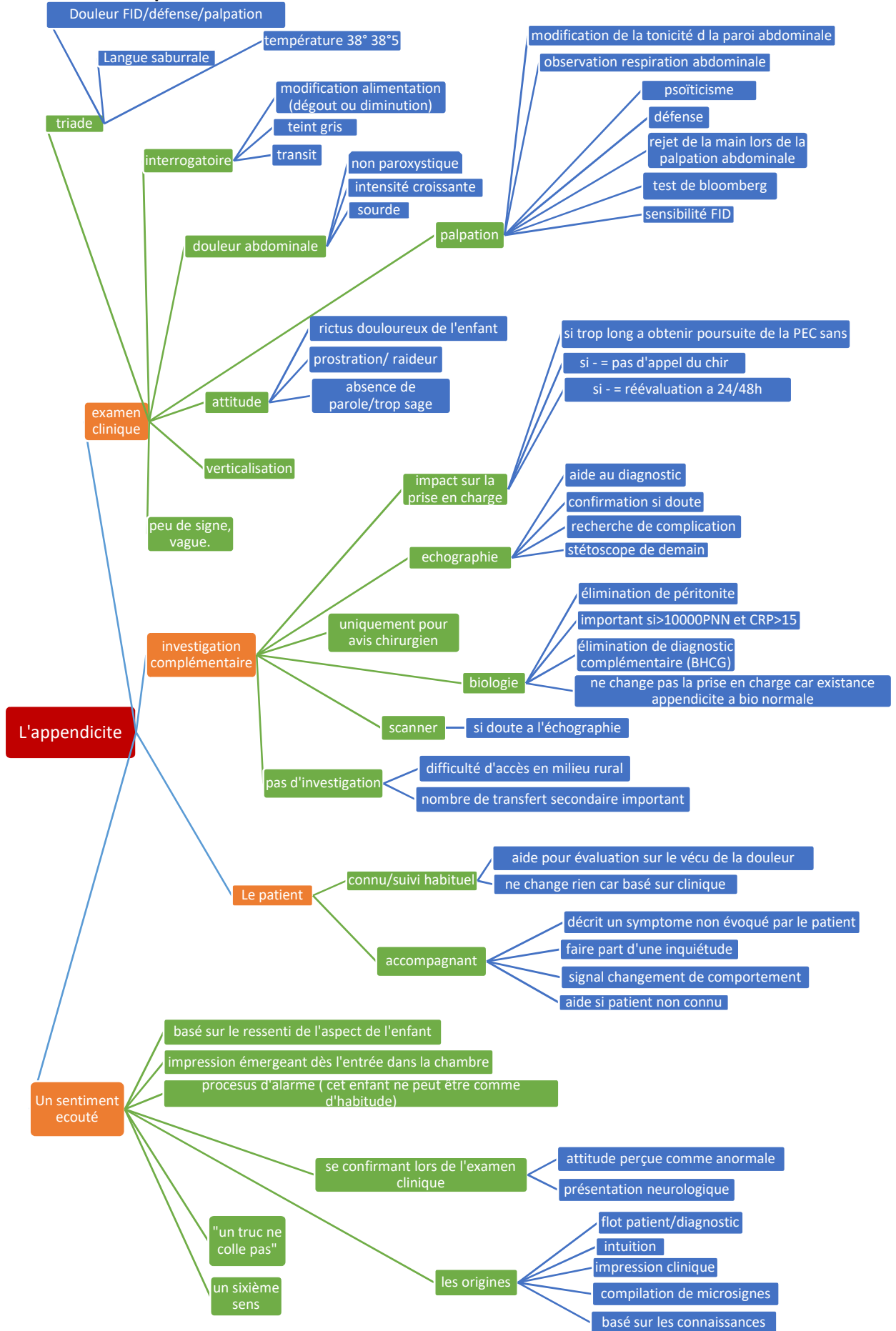
- (1) Stolper E, Van Royen P, Dinant GJ. The 'sense of alarm' ('gut feelings') in clinical practice, A survey among European General Practitioners on recognition and expression. *Eur J Gen. Pract* 2010 ; 16:70-1.
- (2) Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract* 2009; 10:66. doi: 10.1186/1471-2296-10-66.
- (3) Flamant Y. Associations de recherche en chirurgie. Douleurs abdominales aiguës de l'adulte. In: Rambaud JC, ed. *Traité de gastro-entérologie*. Paris: Flammarion; 2005. p. 198-210.
- (4) Silen W. Appendicite aiguë. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al., ed. *Harrison. Médecine interne*. Maidenhead: McGraw-Hill; 2000. p. 1911-1914.
- (5) CDU-HGE, *Abrégé d'hépatogastro-entérologie et de chirurgie digestive 3ème édition, Partie « Connaissances »*, Editions Elsevier-Masson, Septembre 2015.
- (6) Haute Autorité de Santé. Appendicectomie : Eléments décisionnels pour une indication pertinente - Rapport d'évaluation. Saint Denis La Plaine 2012.
- (7) Mathias J, Bruot O, Ganne PA, Laurent V, Regent D. Appendicite. In : *Appareil digestif Encycl Méd Chir radiodiagnostic* 2008; 33-472-G-10.
- (8) Prescrire Rédaction. Suspicion d'appendicite chez les enfants *Rev Prescrire* 2009; 29:913-8.
- (9) Wagner JM et Coll. Does this adult patient have appendicitis? In: Simel DL et Rennie D « The rational clinical examination. Evidence – Based clinical diagnosis » *American Medical Association*. 2009:53-67.
- (10) Barais M., Morio N., Cuzon Breton A., et al. "I can't find anything wrong: it must be a pulmonary embolism": diagnosing suspected pulmonary embolism in primary care, a qualitative study. *Plos One* 2014 ;9 : e98112.
- (11) Coppens M, Barraine P, Barais M, et al. L' intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». *Exercer* 2011; 95 :16–20.
- (12) Van den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. *BMJ* 2012;345: e6144–e6144
- (13) Granier S, Owen P, Pill R, Jacobson L. Recognising meningococcal disease in primary care: qualitative study of how general practitioners process clinical and contextual information. *BMJ* 1998;316: 276–279
- (14) Hani MA, Keller H, Vandenesch J, et al. Different from what the textbooks say: how GPs diagnose coronary heart disease. *Fam Pract* 2007; 24: 622–627
- (15) Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ* 2009; 338:b946.
- (16) Prescrire Rédaction. Imagerie des appendicites. *Rev Prescrire* 2011; 31: 757-760.

7. Annexes

Annexe 1 : Arbre décisionnel devant une suspicion d'appendicite : proposition du groupe d'orientation de la HAS (6)



Annexe 2 Codes Apolda Loïc



Annexe 3 : Verbatims

Retranscription entretien n°1, P1, Médecin Généraliste en cabinet rural, 40 à 65 ans. 17 min 09s.

- 1 L : Bien, ça enregistre.
- 2 P1 : Ok
- 3 L : Alors, est-ce que tu veux bien me parler d'un cas d'appendicite que tu as diagnostiqué ?
- 4 P1 : Oui, je veux bien.
- 5 L : Vas-y, je t'écoute.
- 6 P1 : Il s'agit d'un jeune homme qui avait treize ans...
- 7 L : Oui...
- 8 P1 : Qui est venu avec sa maman, en consultation au mois de septembre, il y a quelques années maintenant.
- 9 C'est un jeune homme que je vois régulièrement en septembre pour renouveler son certificat pour faire du
- 10 sport, et le surveiller aussi sur son évolution staturo-pondéral et autre... Et là, il se trouve qu'il me dit ; et la
- 11 maman me précise « Oh il ne mange pas beaucoup, oh il est toujours fatigué, et puis il a toujours mal au
- 12 ventre ». C'est vrai que c'est un jeune homme qui est maigre, il a un IMC bas, mais bon dans la famille ils ne
- 13 sont pas très épais donc je ne m'alarme pas du tout. Mais il est maigre et donc quelque part il est donc facile à
- 14 palper et à examiner, mais quand même je lui trouve une attitude différente. Je le trouve plus prostré, je
- 15 trouve qu'il bouge moins dans son extension de rachis conjoint, alors que moi je voulais voir comment il
- 16 évoluait sur le plan staturopondéral, je le trouve un peu raide. Et donc après sa maman me dit « il mange
- 17 moins, il a parfois mal au ventre », donc là je m'oriente, alors que je n'étais pas parti pour, sur une histoire
- 18 digestive voir ce qu'il se passe, je lui trouve une fébricule à 38°...
- 19 L : Oui...
- 20 P1 : Et la maman ne l'avait pas identifié comme tel et puis voilà, et là franchement, une palpation abdominale
- 21 très sensible, et évidemment une palpation très sensible à droite, ça a suffi à m'alarmer, ça a suffi à me faire
- 22 évoquer ce diagnostic possible d'une inflammation aigüe de l'appendicite, et je l'ai adressé, c'était en fin de
- 23 journée, je m'en souviens encore, mais je l'ai adressé aux urgences pour qu'ils continuent le diagnostic. Parce
- 24 que ce jeune homme que je connaissais, n'était pas le même, et on était avec des signes un petit peu flous,
- 25 vagues, avec une maman qui disait « il ne mange pas beaucoup mais bon il faut que ça aille quand même »,
- 26 moi j'avais franchement un ventre très sensible, avec une défense, et voilà. Voilà l'histoire de ce jeune. Et il a
- 27 été opéré pour appendicite aigüe avec à l'anapath', si ça t'intéresse, je l'ai ressorti, c'était une appendicite
- 28 aigüe ulcérée, avec péritonite appendiculaire.
- 29 L : Ah oui, un beau tableau là quand même.
- 30 P1 : Ah bah beau tableau et je pense que, après je l'ai revue et c'est vrai « Ah bah oui il avait mal au ventre de
- 31 temps en temps, ah bah oui de temps en temps il ne mangeait pas bien », voilà. Donc c'était une drôle
- 32 d'histoire. Et à la limite, quand on voit le résultat de l'anapath', moi je me dis qu'il n'était pas si mal. Voilà, voilà
- 33 l'histoire de Augustin.
- 34 L : Bon tu as un peu répondu à ma deuxième question. Ma deuxième question c'était quel bilan clinique ou
- 35 paraclinique faites-vous et quelle importance lui accordez-vous pour la suite de la prise en charge ? Donc tout
- 36 ce qui est biologie ou échographie ou quelque chose comme ça.
- 37 P1 : Oui, alors ça c'est très intéressant. Il faut savoir que moi, j'exerce à la campagne, que nous sommes à 20
- 38 minutes en voiture d'un centre d'échographie, d'un centre de scanner, d'un centre biologique pour faire des
- 39 analyses, et que, pour moi, faire déplacer les gens c'est compliqué. Donc il faut que j'aie des arguments
- 40 cliniques qui nécessitent que je les persuade vraiment et que je veuille absolument qu'ils aillent aux urgences,
- 41 et je ne peux pas les faire aller faire une prise de sang voir si la CRP, voir si les leucocytes, les faire revenir et

42 leur dire bah après vous allez aux urgences, ce n'est pas possible. Donc je transfère pour un syndrome
43 abdominal aigu fébrile aux urgences. Voilà.

44 L : D'accord. Après, certains autres médecins ont parlé de l'utilisation de ce qu'on appelle l'instinct ou la
45 conviction, par rapport à la clinique qu'on a eu pour poser le diagnostic d'appendicite. Toi qu'est-ce que tu en
46 penses de ça ?

47 P1 : Alors moi ce que j'en pense, premièrement le diagnostic d'appendicite aiguë est un diagnostic très difficile,
48 et qui peut se manifester avec des signes cliniques très variables, très différents. Déjà moi je me l'explique,
49 premièrement, cette appendicite aiguë elle peut évoluer par poussées, donc les poussées sont plus ou moins
50 importantes, au niveau de la douleur je veux dire et donc du motif de consultation. En plus, l'anatomie de
51 l'appendice, fait qu'on va avoir des douleurs qui ne vont pas toujours être évidentes dans la fosse iliaque
52 droite. Parfois on peut avoir des appendices qui peuvent remonter en zone sous hépatique, et là on va avoir
53 d'autres tableaux cliniques. Donc moi je pense que le ventre n'est pas facile à examiner. Il faut penser à ces
54 diagnostics là comme étant des diagnostics à rechercher. Pour parler de l'appendicite, j'ai une autre histoire
55 que j'ai vécu cet automne, une jeune femme de 45 ans, douleur abdominale qui traîne, qui traîne, qui traîne,
56 on lui trouve un kyste de l'ovaire gauche, qui est tellement gros, qui est tellement compliqué, qu'on n'attend
57 pas de savoir si c'est un kyste fonctionnel ou pas, elle va être opérée. Finalement, il y avait une torsion de
58 l'ovaire, donc son kyste ce n'était pas un kyste, c'était une nécrose et elle avait en même temps une
59 appendicite aiguë à droite. C'était infernal. Donc moi c'est ça, j'essaie d'être très en alerte sur la possibilité
60 d'une appendicite aiguë, enfin d'un tableau d'urgence, parce que je sais que le tableau clinique n'est pas
61 évident à chaque fois. Et on peut découvrir des appendicites comme ça alors qu'on ne part pas pour ça en fait.

62 L : C'est un peu la question suivante au final. Quand tu as l'idée de l'appendicite en tête qui commence à
63 émerger, qu'est-ce que tu recherches particulièrement toi lors de l'examen clinique ? A partir du moment où tu
64 te dis « tiens ça peut être ça », qu'est-ce que tu recherches toi particulièrement ?

65 P1 : Bah écoute, moi quand je commence à avoir l'esprit préoccupé par « c'est une appendicite. », évidemment
66 je me dis « je dois transférer. » Alors qu'est-ce que je peux faire ? Evidemment il y a le toucher rectal, il y a
67 toutes ses choses-là au niveau de la clinique qui vont affiner, « Ah bah oui il a mal aussi là..., il a de la fièvre... »,
68 et si j'ai dans la tête que c'est possiblement une appendicite, j'adresse. Je fais comme ça. J'ai besoin d'exams
69 complémentaires pour savoir ce qui se passe, je ne peux pas résoudre toutes les questions en clinique au
70 cabinet médical, j'ai besoin d'en savoir plus, donc là dans ces cas-là il me faut des exams complémentaires et
71 il faut que je transfère mon patient.

72 L : Oui...

73 P1 : C'est ça pour moi.

74 L : Et dans la clinique en premier lieu alors, qu'est ce qui...

75 P1 : Qu'est ce qui m'alerte ?

76 L : Qu'est ce qui va t'alerter, qu'est ce qui va te faire penser à une appendicite ?

77 P1 : J'avoue que si j'associe fièvre et douleur abdominale, là je ne peux pas ne pas être sûre de mon examen
78 clinique. Si j'ai un ventre qui est tout à fait dépressible, que je peux palper très très facilement avec fièvre et
79 douleur abdominale, pour moi, ce n'est pas forcément un ventre chirurgical. C'est ce que je dis parfois sur des
80 enfants, « bon là je ne vous envoie pas voir le chirurgien ce soir ». Mais si j'ai fièvre, douleur abdominale, un
81 ventre que je n'arrive pas à examiner, là ça commence à être embêtant. Quand ce sont des enfants c'est
82 difficile. Eh bien j'avoue que je verticalise les enfants. Je les mets debout, surtout quand ils sont petits. Je les
83 mets debout et à la limite je les mets dans les bras des parents. Et je palpe le ventre. Et là si j'arrive à bien
84 palper le ventre, l'enfant est moins effrayé, ça me rassure, je me dis que ce n'est pas un ventre chirurgical.
85 Parce qu'un enfant qui se débat, c'est difficile à examiner. Donc ta question ça va être aussi, chez qui on fait
86 l'examen ? Si on fait ça chez une personne âgée, si on fait ça sur une personne plus jeune ou chez un enfant,
87 pour moi c'est des choses différentes. Si on fait ça aussi sur un abdomen qui a déjà été opéré. C'est compliqué
88 aussi tu vois. Moi je suis alertée par l'appendicite quand il y a douleur abdominale, fièvre et un ventre que je ne

89 peux pas examiner. Là je suis alertée sur une possibilité chirurgicale. Est-ce que c'est une appendicite ou autre
90 chose...

91 L : Et qu'est-ce que tu appelles « ventre que tu ne peux pas examiner » ?

92 P1 : Ventre que je ne peux pas examiner ça va être l'enfant qui se débat, ça ça m'ennuie. L'enfant qui se débat
93 ça m'ennuie. Ça va être un ventre qui a déjà été opéré pleins de fois, où il y a des brides, des hernies, des
94 éventrations, c'est assez compliqué. L'idéal c'est tu vois ce jeune qui n'était pas en surcharge pondérale et puis
95 surtout cette palpation qui est facile. Je veux dire que quand la palpation se fait avec une paroi abdominale qui
96 répond facilement sous la palpation, moi ça me rassure. Là je me dis « Bon... ». Le ventre que je n'arrive pas à
97 examiner c'est l'enfant, ou une personne très âgée, ça c'est difficile, et puis si je ne peux pas déprécier la paroi
98 abdominale, là je suis inquiète. Voilà.

99 L : Ça marche. Ok. Dernière question, dans quelles mesures tu connaissais le patient dont tu nous as parlé ?

100 P1 : C'est ce que je te disais un petit peu, c'est un jeune que je vois annuellement, au mois de
101 septembre/Octobre, pour surveiller sa croissance, pour son développement pubertaire et puis pour son
102 certificat médical. Là j'ai regardé son dossier et effectivement je l'avais vu en Octobre 2012, et puis son
103 problème appendiculaire c'était en Septembre 2013. Et auparavant je l'avais vu en Novembre 2011. Voilà. C'est
104 donc un jeune homme que je suis régulièrement et qui vient me voir annuellement.

105 L : D'accord. Et est-ce que le fait de suivre cet enfant, est-ce que c'est important pour toi pour t'aider à poser le
106 diagnostic d'appendicite ? Ou est-ce que le fait de connaître ou de ne pas connaître l'enfant tu vas le poser de
107 la même manière ?

108 P1 : Je te dirais que des diagnostics d'appendicite on en fait pas tous les jours, heureusement, des appendicites
109 à diagnostiquer il n'y en a pas tous les jours, par contre des enfants qui ont régulièrement des problèmes de
110 constipation, des problèmes de mal au ventre... Donc pour moi, effectivement c'est important d'avoir un petit
111 peu la connaissance de son patient sur ce plan-là. Est-ce que c'est un enfant qui se plaint ou qui ne se plaint
112 pas, quand je parle des enfants. Les adultes c'est pareil, on les cerne un petit peu, et ça permet d'être attentif
113 quand le discours est différent. Discours différent : alors il faut aller chercher autre chose. Ce n'est pas comme
114 d'habitude. Donc effectivement, connaître son patient, pour moi, ça me semble intéressant, bien sûr. Ça aide
115 au diagnostic, à mon avis.

116 L : Part rapport à tout ce dont on a évoqué depuis le début, est-ce que tu as quelque chose à ajouter qui te
117 viens en tête, ou tu penses qu'on a fait le tour de la question ?

118 P1 : Par rapport à l'appendicite ?

119 L : Par rapport aux cas que tu nous as exposé là et aux questions que je t'ai posé.

120 P1 : Par rapport à ce jeune homme qui s'est fait opérer... Qu'est-ce que je te dirais de plus... En synthèse je te
121 dirais qu'il faut être attentif aussi à ce que disent les parents, quand ils ont reconnu que leur enfant était
122 différent, qu'il y avait des choses un petit peu nouvelles qui apparaissaient. Il faut prendre le temps de
123 l'interrogatoire et du recueil des données. Moi ça me semble important. C'est toujours un temps important
124 quel que soit le motif de consultation mais quand on entend, quand on connaît la famille, là c'était donc un
125 jeune homme avec sa maman et qu'il y a des choses nouvelles qui apparaissent, on n'est déjà pas dans une
126 routine. On est dans « tiens il y a quelque chose de nouveau, il faut être attentif. ». Moi c'est ce que je dirais,
127 l'interrogatoire et l'écoute, c'est très important, ça nous apprend des choses. Et je répète, le fait de connaître
128 ses patients, d'avoir l'œil. Une façon de discuter avec eux « ah bah oui c'est bien eux, c'est comme d'habitude »
129 ça aide aussi, je trouve.

130 L : D'accord. Ok, bon bah très bien. Merci pour tout !

131

Retranscription entretien n°2, P2, pédiatre effectuant des astreintes aux urgences pédiatriques en ville, 40 à 65 ans. 13min 36s.

- 1 L : Voilà ça enregistre. Est-ce que vous voulez déjà me parler d'un cas d'appendicite que vous avez
2 diagnostiqué ?
- 3 P2 : Alors c'était cet été, une appendicite du moins de 10 ans quoi... car c'est ceux qui sont difficiles. Après ce
4 que je retiens comme critère d'alarme, la douleur abdominale était d'abord mal localisée puis localisée...
5 Ensuite une fois localisée par l'enfant elle est croissante, c'est comme un chat qui aurait mordu dans une
6 pelote à cet endroit-là. En même temps il y avait un dégoût de l'alimentation, parfois des nausées et ... une
7 température à 37°8 donc au-dessus de 37°5.
- 8 En dehors de l'examen, le faciès il est... enfin ... conservé. En dehors de l'examen l'enfant n'apparaît pas
9 prostré... Sauf que bon en le faisant sautiller sur la jambe droite il peine et il grimace...
- 10 Ensuite à la palpa... Je regarde toujours la langue ! ...
- 11 L : La langue ?
- 12 P2 : Oui.
- 13 L : Pourquoi la langue ?
- 14 P2 : Parce qu'elle est saburrale comme c'est souvent le cas dans l'appendicite... Euh. Alors qu'avec les douleurs
15 fonctionnelles la langue est rose...
- 16 Puis euh... je regarde si le ventre respire. Je palpe en commençant par la FIG... Donc j'appuie fort en
17 commençant par la FIG. Et en soulevant la main je regarde si la douleur irradie de l'autre côté. Ce n'est pas
18 facile à savoir avec les enfants...
- 19 Après quand j'ai palpé l'ensemble des cadrans de l'abdomen, euh... Je vérifie... Enfin je m'assure que la douleur
20 est bien maximale en FID et j'essaie de voir s'il y a une défense mais ça je n'y arrive pas toujours et c'était dur à
21 dire.
- 22 L : Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous remarquez qui fait penser à l'appendicite dans la palpation
23 abdominale ?
- 24 P2 : Bah il y a l'interrogatoire, je l'interroge pour savoir s'il a eu des selles ou ... enfin ... dans les 24 dernières
25 heures... Euh s'il y a eu une baisse d'appétit, si les douleurs l'ont réveillées le matin...
- 26 L : ...Et ...euh... quelle bilan clinique ou paraclinique faites-vous et qu'elle est l'importance que vous lui accordez
27 dans la prise en charge ?
- 28 P2 : Je pense que le bilan biologique c'est très important, notamment là avec plus de 10 000 polynucléaires et
29 une CRP supérieure à 15... C'est très important... Après la PCT je ne sais pas ce que ça vaut... Enfin ce qu'elle
30 signifie pardon...
- 31 L : Et est-ce que ce bilan justement s'il revient négatif, c'est un critère pour vous pour ... pour écarter son
32 appendicite ?
- 33 P2 : Bah sinon en fait on ne demandera pas d'avis chirurgical, éventuellement on fait une échographie de
34 sécurité dans les 24h. Et surtout si la douleur augmente la nuit il faut revoir l'enfant très rapidement... La
35 douleur ou la fièvre d'ailleurs...
- 36 L : Et euh... Pour les cas que vous avez diagnostiqué et qui ont été confirmé, dans quelle mesure connaissiez-
37 vous les patients ? Et est-ce que ça a été important pour vous de les voir avant ou est-ce que ça ne change rien
38 à votre prise en charge ?
- 39 P2 : Non ça c'est... c'est... Non pour ceux-là je n'avais pas vu les enfants avant... Enfin ce n'est pas des enfants
40 que je suis et que je vois pour appendicite... C'est arrivé pour des amis mais euh... Bon ce n'est pas... C'était des

41 amis étudiants mais bon ça ne fait pas parti du suivi... Et puis c'est arrivé à moi d'avoir l'appendicite... Mais
42 c'était les seuls que je connaisse vraiment bien... haha.

43 Ah ce propos moi le chef de service m'avait dit tient ça doit être un ulcère... C'est le chirurgien pédiatrique qui
44 m'a dit ça doit être l'appendicite... haha. Et il m'a envoyé à la clinique et le chirurgien m'opérait le lendemain...
45 Haha. En tout cas une fois que je savais que j'avais l'appendicite je ne suis pas rentré chez moi...

46 L : haha oui surtout vu les cas qu'on voit ici des fois...

47 P2 : Oui ... Donc si on ne sait pas on va garder l'enfant en observation... Pour le réexaminer et c'est là que la
48 biologie c'est important, parce que s'il y a un décalage de fièvre ou de syndrome inflammatoire et que la
49 douleur est localisée et qu'il y a des signes de défense, un jour frisant... Moi je fais toujours respirer amplement
50 l'enfant et s'il ne respire pas par son ventre c'est un signe d'alarme quoi...

51 ...

52 L : ... Donc justement vous parlez d'alarme il y a plusieurs personnes interrogées avant qui ont beaucoup mis en
53 avant l'utilisation de l'alarme et de l'instinct pour justement poser ce diagnostic d'appendicite. Qu'est-ce que
54 vous en pensez ?

55 P2 : Je dirais que bon il faut y penser systématiquement même lorsque la douleur n'est pas localisée, et
56 rechercher les signes cliniques qui localisent la douleur en FID, qui témoignent d'une défense péritonéale,
57 d'une contracture... Parce que ça c'est des signes d'alarmes... Non c'est l'examen systématique... Sinon je ne
58 suis pas assez expert...

59 Après si tu veux j'appelle un chirurgien que je connais haha...

60 ...

61 L : haha oui, bon on a fait quasiment toutes les questions, donc avez-vous quelque chose à ajouter ?

62 P2 : Bah... Plus généralement plus l'enfant est petit, plus le diagnostic est difficile. Chez l'enfant de moins de 3
63 ans ça se présente pas du tout comme ça... ça ne se présente pas comme une douleur avec une défense... ça se
64 présente soit comme une occlusion soit comme une douleur avec fièvre inexplicée... Donc là il faut répéter les
65 examens à la fois clinique et radiologique... Et le diagnostic est dur...

66 Ah ça je m'en souviens... Un gamin avait une douleur thoracique droite. Il avait 2 ans, beaucoup de fièvre... Sur
67 la radio on a une pleurésie basale... Et en fait c'est une péritonite perforée...

68 Et puis l'enfant était complètement couché comme ça sur le côté gauche...

69 L : Donc beaucoup dans l'attitude...

70 P2 : Oui beaucoup dans l'attitude antalgique... Puis le discours des parents... Des fois ils nous donnent des
71 éléments importants. Là ils nous expliquent qu'il ne peut pas se coucher sur son côté droit... Qu'il ne peut pas
72 bouger du côté droit...

73 Il faut écouter les parents... ça c'est un signe d'alarme important...

74 L : D'accord donc c'est plus vis-à-vis des parents qui eux connaissent l'enfant...

75 P2 : Oui parce que nous on ne les connaît pas bien ! IL faut reconnaître qu'ils ont de l'intuition pour des
76 diagnostics comme ça parce que ... c'est euh... Enfin autant c'est facile chez le grand enfant mais c'est difficile
77 chez le petit enfant et il faut vraiment essayer de bien interpréter les signes décrits par les parents... Et je crois
78 que le fait de les connaître ou pas c'est subjectif....

79 J'ajouterai que à l'heure actuelle c'est de plus en plus dur de joindre un chirurgien...

80 Bon...

- 81 Et puis il faut dire que maintenant le scanner nous aide bien... La dernière fois il y avait des diarrhées
82 récurrentes, un météorisme... Il faudrait que je regarde le scanner mais ça peut bien nous aider... S'il y a un
83 épanchement ou autre...
- 84 Enfin voilà...
- 85 Bon...
- 86 L : ... Oui ça marche ! Et bien en tout cas merci !

Retranscription entretien n°3, P3 , 25 à 40 ans, pédiatre travaillant dans un service de pédiatre et effectuant des gardes aux urgences. 20min59s.

1 Loïc : Voilà, ça enregistre. Donc le but de cette étude c'est d'explorer comment les médecins, d'une manière
2 générale, soupçonnent une appendicite, et secondairement, le rôle que peut y jouer ce qu'on appelle le sens de
3 l'alarme, le gut feeling. Donc la première question déjà, est-ce que tu veux nous parler d'un cas d'appendicite
4 que tu as en tête, que tu as diagnostiqué, qui s'est confirmé ?

5 P3 : Ouai, c'était un enfant de neuf ans, qui était adressé par son médecin traitant, c'était aux urgences, il y a un
6 an, pour douleur en fosse iliaque droite. Qui évoluait depuis 36 heures. Un enfant qui était apyrétique, voilà, qui
7 est arrivé aux urgences. A l'examen, il avait effectivement une douleur en fosse iliaque droite avec une petite
8 défense, rien de très important, et aux urgences, si je me souviens bien, il faisait 38, voilà, il n'avait pas un
9 psotisme majeur, il n'était pas très altéré et il n'avait pas de troubles digestifs associés. A l'examen effectivement
10 j'achetais totalement l'appendicite, ça collait vraiment avec l'évolution, la douleur, fièvre et puis majoration de
11 la douleur...

12 L : Ça a été beaucoup plus sur l'évolution au final que sur ta palpation, par exemple, ou sur...

13 P3 : Non, à la palpation j'achetais complètement l'appendicite. C'est vrai que selon les enfants, c'est... On en voit
14 plein des douleurs abdominales qui passe aux urgences, et au final, à force d'en voir, on commence à faire la
15 distinction entre les douleurs abdominales sur les adénolymphites mésentériques ou les constipations et les
16 appendicites. Bon bien sûr on passe toujours à côté de quelques cas mais là c'était vraiment la douleur typique
17 des livres avec la petite défense, la douleur qui était permanente, et qui évoluait à bas bruit et voilà, c'est pour
18 ça que je l'ai acheté...

19 L : Donc pour lui du coup, qu'est-ce que tu as fait ?

20 P3 : Bah l'écho, parce que les chirurgiens ne résonnent pas sans écho, qui confirme l'appendicite, et vu que les
21 radiologues ne veulent pas d'écho sans bilan, il a eu un bilan, qui montrait un syndrome inflammatoire avec
22 19000 blancs et je ne sais plus, 10 ou 15 de CRP, qui collait avec le dossier.

23 L : Justement ça amène un peu la deuxième question, quel bilan clinique ou paraclinique as-tu fait, et surtout,
24 quelle importance d'une manière générale tu accordes à ce bilan, donc la biologie, l'échographie, pour la suite
25 de la prise en charge et pour ton diagnostic d'appendicite ?

26 P3 : Pour moi, la bio ne sert à rien, parce qu'elle ne change pas grand-chose, une bio négative n'élimine pas le
27 diagnostic et une bio positive, le seul intérêt, c'est une CRP supérieure à 100, de raisonner, et de se dire « ah est-
28 ce que ce n'est pas une péritonite que j'ai en face de moi ? » ou de remettre en cause le diagnostic, et de toute
29 façon, dans les deux cas, on ira à l'écho. Ça ne mènera pas à une urgence chirurgicale, enfin, ça ne modifiera pas
30 l'urgence chirurgicale. Une péritonite, sauf si elle est vraiment en choc, elle n'est pas bien, elle peut attendre un
31 petit peu, enfin autant de temps qu'une appendicite. Certes, la bio ce n'est pas inutile, mais je trouve que c'est
32 sur demandé par rapport à l'intérêt que ça peut avoir. Par contre l'échographie, ça peut effectivement aider au
33 diagnostic pour les diagnostics foireux, par exemple les abcès mésentériques qui ne sont qu'en fosse iliaque
34 droite ou les pyélo foireuses, ça peut aider. La difficulté c'est que c'est censé être un examen paraclinique qui ne
35 devrait pas sursoir au diagnostic et qui ne devrait pas sursoir à l'avis du chirurgien de passer en fait. C'est ça la
36 difficulté, mais bon les chirurgiens sont débordés et c'est normal qu'ils souhaitent avancer les dossiers avant de
37 venir voir. Je pense qu'on perd beaucoup de temps à demander l'examen paraclinique alors qu'un avis chirurgical
38 disant « voilà c'est bien une appendoc, on y va », ça ne change pas grand-chose de toute façon. Et si le chirurgien
39 ne croit pas à l'appendicite, de toute façon la prise en charge sera la même que si on n'a pas d'appendicite vu à
40 l'écho, on se donnera 48h et il reviendra et puis c'est tout. Je ne pense pas qu'il y ait de détérioration du pronostic
41 à ce point de donner 48h de surveillance. Et après, bien sûr, la difficulté de l'examen paraclinique c'est notre
42 capacité à l'interpréter et la fiabilité de l'examen. On sait bien que l'échographie est assez loin d'être du 100%.
43 Qu'est-ce qu'on fait quand on ne voit pas l'appendice ? Il y avait certains chirurgiens qui me disaient, « si on ne
44 voit pas l'appendice, c'est qu'il n'y a pas d'appendicite », et ça ne marche pas comme ça, c'est juste que les
45 morphotypes font que... et on ne va pas scanner tous les enfants pour leur rechercher une appendicite alors
46 qu'on sait très bien que le scan n'a pas une fiabilité optimale non plus. Donc, typiquement pour l'appendicite, je

47 pense que c'est un examen majoritairement clinique et qu'on fait des examens complémentaires pour se
48 rassurer mais je pense qu'on pourrait gagner beaucoup de temps à faire passer le chirurgien, si c'était possible.

49 L : Justement, d'une manière générale, qu'est-ce que tu recherches en particulier lors de l'examen clinique quand
50 tu penses à une appendicite ?

51 P3 : C'est vraiment, comme je disais toute à l'heure, la triade, la suite logique de l'appendicite, qui est une douleur
52 qui est permanente, qui s'intensifie, avec, toujours secondairement, une fièvre qui est peu intense, 38/38,5°,
53 pareil, qui reste, et un enfant qui s'altère progressivement, par rapport à plein d'autres diagnostics où ils ont la
54 fièvre et mal au ventre en même temps, ou ils ont mal au ventre mais ils ne font jamais de fièvre, enfin voilà. Et
55 après, sur les caractéristiques de la douleur, pour les appendicites classiques, il faut que la douleur soit en fosse
56 iliaque droite, ou en hypogastre. Après, bien sûr, ça ne permet pas de diagnostiquer les appendicites sous
57 hépatiques ou gauches, qui sont de toutes façons à mon avis pour la majorité des médecins difficiles à
58 diagnostiquer. Et à la palpation bien sûr, qu'il y ait une modification de la tonicité de la paroi abdominale en
59 région douloureuse, en dehors du stress de l'enfant ou de toutes les difficultés que l'examen abdominal peut
60 avoir, mais ça reste quand même des éléments cliniques qui sont décrits depuis longtemps, qui sont
61 extrêmement fiables. Après, j'avais un autre cas d'appendicite en tête, où on est passé à côté de l'appendicite,
62 où l'enfant avait un tableau de douleurs abdominales diffuses avec de la fièvre à 40°, des diarrhées, des
63 vomissements, il avait 200 de CRP et 40000 blancs, il n'était pas très altéré, on l'avait hospitalisé, il avait eu une
64 écho, on ne voyait pas l'appendice, il est rentré chez lui, et en fait il est revenu deux jours plus tard parce que ça
65 n'allait toujours pas, et en fait il avait un abcès pelvien de 11 cm. Là c'est parce que c'était un appendice pelvien,
66 qui pareil, est compliqué au diagnostic, bon c'était une forme foireuse aussi parce qu'il n'avait pas de dysurie,
67 y'avait un examen neuro qui n'était pas très franc avec une fièvre, un syndrome inflammatoire important, bref,
68 il y a pleins de détails qui sont intéressants dans ce dossier, mais après ça pose question de quelle est notre place
69 dans le diagnostic, enfin quelle est notre place dans la prise en charge de l'appendicite. Est-ce que notre travail
70 c'est essentiellement d'appeler le chirurgien au bon moment ou est-ce que c'est de poser, d'être très bon en
71 diagnostic, enfin, est-ce que notre job c'est d'être sensible, bon c'est d'être surtout sensible, assez spécifique
72 pour ne pas déranger le chirurgien tous les matins, mais je pense que se baser sur la clinique telle qu'elle est
73 décrite c'est suffisant et après de toutes façons c'est toujours la même chose, à force d'en voir on sait reconnaître
74 ce qui ressemble beaucoup à une appendicite et ce qui y ressemble beaucoup moins. Après effectivement on
75 expliquait, pourquoi ça ressemble beaucoup, c'est, j'avoue, qu'à part la clinique et l'histoire naturelle, je ne me
76 base pas beaucoup sur autre chose. En tout cas, sur l'intuition c'est compliqué à expliquer...

77 L : ça amenait justement à la prochaine question, sur les entretiens d'avant, il y a pas mal de personnes qui ont
78 parlé de l'instinct ou de la conviction du diagnostic d'appendicite qui a découlé tout le reste de la prise en charge
79 en fait, et du coup toi, qu'en penses-tu ?

80 P3 : C'est une question intéressante mais la difficulté c'est qu'est-ce que l'instinct en médecine ? Ce n'est pas
81 juste une intuition, c'est comme je le disais toute à l'heure, c'est l'association des bases de connaissances, du
82 flot de patients qu'on a vu avant, du nombre de diagnostics qui ont été confirmés sur notre flot de patients ce qui
83 permet notre feedback sur notre façon de travailler ? Alors oui, effectivement, cet instinct est essentiel pour
84 notre pratique de tous les jours, pour n'importe quel diagnostic. Si on était juste des ordinateurs en se basant
85 sur des critères cliniques, on nous donnerait juste des pourcentages de probabilités, et le mécanisme qui fait
86 qu'on passe de 80 à 100% de probabilité pour nous, c'est de l'intuition et je pense que ça fonctionne, après,
87 décrire le mécanisme, je crois qu'il y a des bouquins qui sont très bien fait là-dessus.

88 L : Oui, il y a eu des études notamment avant, qui ont été faites et qui ont décrit pas mal de types d'instincts en
89 médecine, un premier qui est un sentiment d'alarme et le deuxième un sentiment de réassurance, mais en gros
90 toutes les études ont montrés vraiment que c'était lié à l'expérience, aux différents types de diagnostics posés,
91 et à toutes les connaissances qui ont été emmagasinées, qu'en fait ce sont des boucles réflexes, des choses dont
92 on a pas conscience qui ressortent pas mal. Du coup, là, pour en revenir au patient, dans quelle mesure tu
93 connaissais le patient, est-ce que c'était la première fois que tu le voyais ou pas ?

94 P3 : Ouai...

95 L : Et est-ce que, d'une manière générale, c'est important pour toi de connaître le patient ou pas du tout dans
96 les diagnostics de l'appendicite ? Est-ce que ça a changé ta prise en charge ou est-ce que ça peut avoir une
97 importance dans ta prise en charge ?

98 P3 : Euh... Oui, enfin... Connaître le patient ça modifie toujours la prise en charge je pense, en fait il y a un biais
99 qui se met en place en disant « je le connais il ne fait pas semblant » ou « je le connais il fait semblant », et je
100 pense qu'il y a un biais qui s'installe et ça s'est souvent vérifié bon lorsque j'ai fait mon internat et que je voyais
101 les praticiens avoir cet instinct, particulièrement en hépato ou en métabo, les PH connaissent par cœur leur
102 patients et ils se disent « là, ça ne va pas, il se passe un truc », et ils avaient très souvent raison et il y avait une
103 prise en charge qui était adaptée. Donc je pense que c'est intéressant de connaître le patient, ne serait-ce que
104 d'avoir un avis déjà sur son état et de se dire, surtout pour l'argument il ne fait pas semblant, il se passe quelque
105 chose et c'est comme tu disais toute à l'heure le signal d'alarme. Mais à l'inverse, ne pas connaître le patient,
106 certes il y a le risque de passer à côté d'un faux positif en se faisant avoir pour des tolérances différentes à la
107 douleur ou des tolérances différentes à la symptomatologie ou un contexte familial qui fait que l'enfant
108 manifeste beaucoup plus facilement les symptômes que les autres. Et pour ça, en pédiatrie, la présence des
109 parents reste indispensable et ils disent toujours « là il se passe quelque chose, là il ne se passe pas », même si
110 l'inquiétude parentale surestime souvent la gravité des symptômes, ils restent quand même des intervenants
111 essentiels dans le diagnostic. Donc pour répondre à la question, je pense que c'est important d'avoir un feed
112 back sur tel patient, quand on ne l'a pas on peut l'avoir avec un interlocuteur secondaire. Après, pour le
113 diagnostic d'appendicite, ça reste rare que les parents majorent la probabilité post test du diagnostic, pour
114 beaucoup de pathologies chirurgicales la clinique et la reconnaissance des tableaux chirurgicaux, au final,
115 souvent suffisent.

116 L : Donc pour toi c'est plus au final une aide pour confirmer le diagnostic à la limite que pour y penser quoi, ok.
117 Bon, il reste la dernière question, est-ce qu'avec toutes ces questions, le fait d'en parler, tu vois quelque chose à
118 rajouter ?

119 P3 : Pour l'appendicite ?

120 L : Ou à évoquer dans le cadre de cette étude ?

121 P3 : Bah, ouai, on en avait déjà parlé, la difficulté du travail c'est que tu te bases sur des cas confirmés c'est ça ?
122 D'appendicite ?

123 L : Oui.

124 P3 : La difficulté c'est effectivement déjà d'avoir des cas confirmés, pour le cas des médecins généralistes c'est
125 rare qu'ils aient des retours et c'est aussi leur travail d'être très sensibles et d'envoyer aux urgences pour faire
126 des examens complémentaires dès qu'ils ont un doute, et donc au final ils ont très probablement une sensibilité
127 extrêmement élevée et une spécificité un peu plus faible qu'en milieu hospitalier où au final, à force d'en voir on
128 a peut-être un feed back un peu... On reconnaît peut-être plus facilement des tableaux chirurgicaux. Et puis au
129 final, la grande difficulté de l'appendicite, ce n'est pas la forme classique, c'est toutes les formes atypiques, pour
130 lesquelles tout le monde est en difficulté et au final, à ce moment-là, éventuellement, les examens paracliniques
131 prennent peut-être leur place, enfin plus leur place, la bio sera toujours peu fiable, mais l'imagerie restera une
132 aide précieuse dans ce cas-là.

133 L : Quand tu dis imagerie tu penses à échographie, scanner... ?

134 P3 : Bah, l'écho, après pour être honnête je n'ai jamais vu, enfin je n'ai jamais été présent lorsqu'un radiologue
135 faisait un diagnostic d'appendicite sur une écho, donc je ne sais pas du tout le déroulement d'une échographie
136 dans ce cadre-là, est-ce qu'ils regardent des endroits en particuliers où il est très fortement probable de
137 rencontrer un appendice ou est-ce qu'ils regardent là où l'enfant a mal ? Enfin j'avoue je ne sais pas, et donc est-
138 ce que, pareil, dans l'écho, est-ce que ça reste un examen fiable dans les cas compliqués, je ne sais pas. Je pense
139 que c'est important de la faire, mais je t'avoue que je ne sais pas. Je pense que ça dépend énormément du
140 radiologue. Et le scanner, on est toujours un peu réfractaire au scanner en première intention chez l'enfant, pour
141 les radiations. Pareil, je n'ai jamais eu l'occasion de discuter avec les radiologues de la fiabilité des scanners chez

- 142 l'enfant pour le diagnostic d'appendicite, à ma connaissance je crois que ça reste compliqué, c'est peut-être un
143 peu mieux que l'écho, mais ça reste compliqué et au final tout ce qu'on cherche c'est les complications, au final
144 on en revient au même, c'est l'avis du chirurgien qui prime de toute façon c'est lui qui va au bloc.
- 145 L : Ok.
- 146 P3 : Voilà, je ne sais pas si c'est constructif...
- 147 L : Ah oui carrément, je te remercie en tout cas.
- 148 P3 : Je t'en prie.

Retranscription entretien n°4, P4, médecin généraliste 40 65 ans faisant des remplacements et prenant des gardes aux urgences. 23min 24s.

1 L : L'objectif de la thèse c'est d'explorer comment les médecins soupçonnent une appendicite et le rôle que
2 peut y jouer ce qu'on appelle le sens de l'alarme. Déjà est ce que tu veux bien me parler d'un cas d'appendicite
3 confirmée que tu as diagnostiqué récemment ?

4 P4 : Oui ! Et bien écoute c'est un adolescent qui est ramené par sa maman. Il a une douleur de la FID depuis
5 quelques jours... Une douleur inhabituelle chez un enfant qui n'a pas de soucis de santé particulier. Et qui a mal
6 au ventre... Ils n'arrivent pas à expliquer ça... C'est une douleur qui ne passe pas... La maman le ramène au
7 bout de 48 à 72h..

8 L'examen clinique est bon. Je veux dire il n'a pas de fièvre, il ne vomit pas, il n'a pas de nausée, il n'a pas de
9 douleur ailleurs. En fait c'est l'examen clinique proprement dit à la palpation... Il a une sensibilité sans qu'il y ait
10 une grosse défense... Il y a une sensibilité élective vraiment en FID.

11 La biologie il n'y avait pas de gros syndrome inflammatoire et ça a été confirmé par la suite. Comme c'était un
12 enfant assez corpulent on ne visualisait pas trop l'appendice et ça ne portait pas préjudice vu sa corpulence à
13 faire un scan abdominal. Et qui a avait confirmé la présence d'une appendicite non compliquée. Il a ensuite été
14 pris en charge chirurgicalement.

15 L : Justement dans ce dont tu m'as parlé, quel bilan clinique ou paraclinique fais-tu et surtout qu'elle est
16 l'importance que tu lui accorde dans le reste de la prise en charge ?

17 P4 : Et bien écoute déjà ça dépend. Dans le cas de figure là dont je t'ai parlé il s'agissait d'un adolescent donc
18 accompagné par une maman... Et le plus important c'était l'interrogatoire... L'enfant qui n'a pas de problème
19 particulier et qui avait une douleur localisée apparemment sans aucune raison évidente. Il n'y a pas d'intox
20 médicamenteuse, il n'y a pas d'écart alimentaire. Il ne s'est pas gavé de pizza ou de coca cola, il n'a pas
21 grignoté. Et donc d'emblée chez l'enfant on est amené à penser à ça en premier lieu. Enfin chez l'enfant qui a
22 mal en FID la première chose à laquelle on peut penser... Enfin en prise en charge urgente j'entends... C'est
23 l'appendicite... Chez le sujet un peu plus âgé on s'éloigne un peu... On ne pense pas d'emblée à l'appendicite
24 mais on l'a dans le coin de la tête. Voilà... Après le fait de travailler aux urgences c'est le fait de devoir éliminer
25 à tout prix une urgence chirurgicale et donc l'appendicite... Bien sûr à partir du moment où on a une
26 localisation de la douleur en FID...

27 Voilà les arguments paracliniques viennent peaufiner tes soupçons, mais c'est surtout le sens clinique,
28 l'interrogatoire, l'examen clinique...

29 L : Donc pour toute la biologie, le scanner, l'échographie c'est donc plutôt pour confirmer tes soupçons ?

30 P4 : Voilà, ils viennent confirmer tes soupçons...

31 L : Imaginons que ça revienne négatif avec une clinique en faveur de l'appendicite ?

32 P4 : Alors quand c'est négatif on peut penser à un début d'appendicite... Auquel cas il faudra toujours y penser
33 et ne pas laisser repartir la personne dans la nature... Si même avec une clinique qui est pauvre elle peut ne pas
34 éliminer complètement cette appendicite... On la garde en tête bien sûr... Parce qu'à un stade de début il peut
35 ne pas y avoir de syndrome inflammatoire, il peut ne pas y avoir de fièvre, il peut ne pas y avoir de
36 vomissement. On retient toujours l'hypothèse de l'appendicite... Après en soit on a 2 situations. Si on peut faire
37 une imagerie en urgence histoire de tranquilliser tout le monde voilà on fait. Sinon rien ne nous empêche de
38 reconvoquer dans 24h l'enfant pour le réévaluer...

39 L : Donc là on a parlé du cas clinique. Mais d'une manière générale qu'est-ce que tu recherches quand tu
40 penses à une appendicite ?

41 P4 : Bah c'est... En général c'est une sensibilité en FID... En général quand elle est dans sa position habituelle...
42 C'est une douleur, ou une sensibilité et parfois une défense... En général on dit bien au point de mac Burney...
43 Avec les repères anatomiques que l'on connaît... Voilà c'est surtout ça....

44 L : Sur les entretiens que l'on a vu avant, puis par ce qui a déjà été exploré auparavant, il y a pas mal de
45 confrère qui ont parlé de l'utilisation de l'instinct... Toi qu'en penses-tu ?

46 P4 : Alors quand elle se présente et quand on a vu pas mal d'appendicite dans sa carrière... Je veux dire des fois
47 même à l'interrogatoire à l'attitude du patient... On est amené à y penser facilement... Quand on est facilement
48 emporté par l'attitude du patient, la symptomatologie, la clinique vient confirmer... On a plus de doute !
49 L'instinct il est là en fait... C'est la prévalence peut être de l'appendicite chez l'enfant... Enfin là tu vois je parle
50 de l'enfant parce que c'est la dernière expérience que j'ai eue... Tu vois une douleur localisée en FID chez
51 l'enfant... Dans 90% c'est ce qui vient en tête de liste chez l'enfant... C'est une urgence à éliminer...

52 Après l'instinct comment te dire... Oui c'est la somme de l'expérience que tu as à avoir vu des appendicites qui
53 généralement répondent... Des appendicites classiques je veux dire, qui répondent aux mêmes modes de
54 survenues...

55 L : Donc ça c'est pour les appendicites classiques mais du coup les autres appendicites ?

56 P4 : Alors les autres appendicites il faut y penser dans la mesure où on sait qu'il y a des appendicites
57 ectopiques... Chez l'enfant par exemple si tu as des FIG douloureuses il ne faut pas penser d'emblée à une
58 sigmoïdite... Tu vas te dire est ce que ce n'est pas une appendicite ectopique ? Il faut y penser en fait... Ou la
59 sous hépatique... Une douleur abdo qu'on n'arrive pas à expliquer chez l'enfant, enfin en dehors de la
60 péritonite, quand on ne retrouve pas forcément l'origine initiale sauf si avec un interrogatoire on te dit qu'au
61 début il avait mal en FID, ce sont des douleurs abdominales mal expliquées... Sensible... Après si tu as d'autres
62 arguments paracliniques... l'hyperthermie... il faut y penser... Enfin chez l'enfant... Moi je te parle d'une
63 manière générale chez l'enfant...

64 Une douleur abdominale inexpliquée il faut éliminer donc un processus infectieux profond, dont le chef de file
65 c'est l'appendicite...

66 L : D'accord... Et sinon pour rebondir... Quand tu poses un diagnostic d'appendicite, notamment dans ce cas
67 dont tu nous a parlé, dans quelle mesure connaissais tu le patient ? Et après est-ce que pour toi le fait de
68 connaître ou non le patient peut avoir un rôle dans la pose de ton diagnostic d'appendicite ?

69 P4 : Ne pas connaître, c'est-à-dire ?

70 L : C'est un patient que tu as déjà suivi ou plusieurs fois aux urgences ou en cabinet ?

71 P4 : Ah oui... Absolument. Si tu connais un patient, enfin si tu connais son profil médical... Quand tu connais
72 quelqu'un que tu connais ses antécédents, tu as l'habitude de le recevoir... S'il vient pour la première fois pour
73 une douleur ou un syndrome qui évoquerait un syndrome appendiculaire oui ce serait plus facile ! Après si tu
74 ne connais pas la personne c'est surtout l'interrogatoire... Quand tu juges que ton interrogatoire est fiable tu
75 peux te permettre de t'orienter assez rapidement vers l'appendicite...

76 L : Et est-ce que tu as des éléments pour dire que cet interrogatoire est fiable justement dans l'appendicite ?

77 P4 : Après c'est le ressenti... Quand tu as une maman qui connaît en principe très bien son enfant, qu'elle est à
78 l'écoute, on arrive à discerner un peu l'histoire de la maladie... Tu arrives à discerner ce qui peut être fiable ou
79 pas... En plus tu as parfois le rictus douloureux de l'enfant...

80 L'enfant à une certaine attitude qui t'oriente vers ce diagnostic... Je te dirais ce n'est pas assez spécifique mais
81 ma propre expérience me dit que c'est spécifique de cette douleur... Ils ont des attitudes qui parfois te fait dire
82 lui il me fait quelque chose... Et ton examen te... D'ailleurs tu as un soupçon à l'interrogatoire, à l'attitude du
83 patient... Son rictus douloureux qui t'amène à penser qu'il y a une appendicite. Après si tu complètes avec un
84 examen clinique parlant là tu n'as plus aucun doute.

85 Mais il m'est arrivé tu vois sur l'interrogatoire... Après la douleur peut être suggestive quand tu dis
86 initialement... Enfin c'est assez, c'est un tas de descriptions... Enfin c'est une situation clinique avec des signes
87 pathognomoniques... Quand tu as une douleur épigastrique chez un enfant initialement... Ou il te dit au début
88 j'avais mal à l'estomac... Et puis secondairement la douleur s'est localisée en FID là tu es quasiment sûr que
89 c'est une appendicite... Tu es sûr... J'en ai eu des cas comme ça où spontanément les gens te disent oui j'ai eu
90 d'abord mal à l'estomac et puis au fur et à mesure de la journée des heures qui ont suivi là ça s'est localisé en
91 FID... Là tu vois c'est un cas classique connu. Tu n'as plus de doute.

92 Et voilà je te dirai encore que l'interrogatoire, l'attitude du patient te font penser qu'il y a quelque chose, un
93 processus inflammatoire à droite. Donc probablement une appendicite ...

94 Voilà...

95 L : D'accord et bien je te remercie... Bon il reste donc la dernière question... Par rapport à tout ce dont tu as
96 parlé, est ce que tu as quelque chose qui te vient en tête ? Quelque chose à rajouter ? Ou dont tu as envie de
97 parler ?

98 P4 : Ce diagnostic d'appendicite... Il n'est pas toujours facile... Enfin pour moi qui pratique depuis de longues
99 années, en fait une grande partie des patients qui étaient entrainés au bloc opératoire dans le temps pour
100 retirer l'appendicite avait un appendice qui était normal... Donc c'est dire que la clinique du diagnostic
101 d'appendicite n'est pas toujours facile... Que l'imagerie est venue apporter son aide pour le diagnostic
102 d'appendicite...

103 Voilà c'est dire que le diagnostic d'appendicite au final n'est pas toujours facile surtout chez l'enfant... Après tu
104 as des présomptions cliniques et tu ne peux pas t'acharner sur le patient... Si on juge qu'il n'y a pas des signes
105 de gravité on peut se permettre de temporiser et de réévaluer cette personne... Il ne faut pas la laisser repartir
106 dans la nature sans la voir mais voilà. Penser au diagnostic même si on n'y croit pas trop il ne faut pas non plus
107 négliger l'hypothèse d'une appendicite qui évolue à bas bruit.

108 C'est vrai que c'est le mot de la fin... Ce n'est pas un diagnostic facile surtout chez l'enfant. Après quand le
109 tableau se complète, je veux dire c'est une appendicite complète... Une appendicite bien inflammée même s'il
110 est autiste, sourd et muet... Tu n'as pas besoin de parler, tu te dis cet enfant là il ne peut pas être comme
111 d'habitude... Il faut l'examiner...

112 Mais l'intérêt de la médecine, ce qui fait tout le charme justement comme ce n'est pas une science exacte,
113 c'est lorsque tout commence...

114 Nous on est aux avants poste et on doit pouvoir se dire je n'ai pas d'argument pour une appendicite... Retour à
115 domicile...

116 C'est pour ça que nous à l'époque on ne donnait pas forcément d'antipyrétique. Tu réévaluais si nécessaire à
117 24h qd les choses s'installent tranquillement... Surtout si tu te dis pour le moment je n'ai rien mais ça peut être
118 une appendicite...

119 De nos jours si tu peux faire une échographie... Et quoi que ce soit devenu un peu à la mode appendice non
120 visualisé... ça c'est foireux... Parce que des fois ils peuvent visualiser et ne pas être sûr et ils mettent non vu... A
121 l'époque ils tranchaient beaucoup plus à l'échographie... Ce n'était pas d'appendicite ou appendicite...
122 Maintenant c'est très souvent doute, à réévaluer, à confronter aux données de la clinique ou encore un avis
123 spécialisé est souhaitable... Donc tu vois ils rejettent... Et après soit ils veulent t'amener à faire un scan... Et
124 quoique chez l'enfant ils n'aiment pas trop.

125 Après même avec le scanner il y en a qui émettent des doutes. A l'époque on ne se posait pas autant de
126 question.

127 A l'époque si tu avais un doute, que le chirurgien ne savait pas trop il le faisait monter et il l'observait, le
128 surveillait. Et en cas de doute des fois les chirurgiens en opéraient pas mal avec des appendices normaux...

129 Après ce n'était pas des opérations pour rien parce qu'on retire l'appendice et après il n'en fera plus... C'est ce
130 qu'on se disait...

131 Et maintenant on n'opère plus à moins d'être sûr... La difficulté c'est quand les choses débutent... En ville c'est
132 compliqué... Aux urgences si tu as quelques lits ou pas trop de monde tu le gardes en Z et tu le réévalues le
133 lendemain... Tu peux te permettre de faire une bio... Et des fois après il a plus mal. Après moi par expérience
134 une douleur d'appendoc quand elle commence, qu'elle s'installe elle ne disparaît plus... Sauf s'il a pris des
135 médocs ou ... Tu vois une douleur d'appendoc quand elle s'installe elle est là. Tu vois je te dis l'interrogatoire...
136 Quand il te dit bah voilà il a mal depuis dimanche et la douleur ne l'a plus lâché... Et il se tortille machin...
137 D'habitude il peut avoir mal ça passe, je lui donné du doliprane il n'a pas de diarrhée il n'a rien... C'est pour ça
138 que je te dis l'interrogatoire... Quand tu as un interrogatoire qui est fiable c'est super important. Après tu ne l'a
139 pas à chaque fois. Quand c'est le père qui le ramène et que lui n'est jamais à la maison parce que sa femme ne
140 peut pas venir à l'hôpital... Elle lui a dit tient ramène le... Bah il te dit je ne sais pas généralement donc tu n'as
141 que l'examen...

142 Par contre quand tu as un interrogatoire fiable là tu te poses des questions, tu te dis qu'il y a quelque chose à
143 aller chercher. D'habitude il est bien... ça oriente ta démarche quand ton interrogatoire est fiable. Tu vois c'est
144 ça c'est une douleur qui s'installe et qui ne disparaît pas ? Et c'est un diagnostic qui n'est pas facile... Tu vois
145 chez le tout petit enfant...

146 L : Oui c'est beaucoup sur des constipations ou des trucs comme ça au final...

147 P4 : Des constipations, des fois il peut ne pas t'en parler par peur... Par peur du médecin... Il ne dira pas
148 forcément qu'il avait mal... Il peut te le cacher... Et ces enfants-là ce n'est que lorsque que l'appendicite est
149 bien installée que tu la vois... Ou certains peuvent simuler... Il faut bien observer les enfants et tu détournes
150 l'attention pendant son examen clinique... C'est vraiment la qualité de ton examen clinique qui est important. Il
151 ne faut pas appuyer non plus comme un sourd sinon tu vas lui faire mal ou tu peux passer à côté de certaines
152 choses...

153 Enfin voilà... C'est intéressant ce que tu fais là en tout cas...

154 L : Et bien écoute en tout cas je te remercie !

155 P4 : Je t'en prie.

Retranscription entretien n°5, P5, 40 65 ans, pédiatre travaillant dans un service de pédiatre et effectuant des gardes aux urgences. 22min 54s.

1 Loïc : Alors, est-ce que tu veux bien me parler d'un cas d'appendicite que tu as en tête et que tu as diagnostiqué.

2 P5: Oui alors j'en ai plusieurs en tête et je me disais que j'avais envie de te parler d'un un petit peu difficile entre
3 guillemets par ce que je trouve que c'était plus intéressant de prendre un cas un peu atypique, un peu particulier,
4 et l'inconvénient c'est que ça fait déjà longtemps, au moins sept ou huit ans et donc je ne me souviens plus de
5 rien, enfin des détails en particulier, du bilan biologique précisément et je ne me rappelle pas de tout au niveau
6 de l'histoire. Donc il s'agissait d'une petite fille, ça je me souviens très bien, de quatre ans, donc petite. Et on sait
7 que plus l'enfant est petit plus l'appendicite est rare et aussi plus c'est rare et plus c'est difficile à diagnostiquer
8 puis que la douleur est moins précise et il n'y a pas le ventre de bois, la contracture comme on peut avoir dans
9 les péritonites. Et donc, cette petite fille, je m'en rappelle vraiment bien parce que c'était un mercredi matin, je
10 faisais la visite et je partais en vacances l'après-midi. On fait la visite, c'était dans le secteur des nourrissons, et
11 on me dit qu'elle est hospitalisée, elle a mal au ventre mais elle a une otite et c'est le patron à l'époque, le chef
12 de service de l'époque, pas celui de maintenant, qui l'avait vu aux urgences la veille et qui avait dit que c'était
13 une otite, je pense qu'il avait mis des antibiotiques, elle devait avoir de la fièvre, et je ne me souviens plus très
14 bien pourquoi elle avait été hospitalisée, peut-être parce qu'elle vomissait un petit peu et qu'il l'avait perfusé.
15 Ça je ne me souviens plus parfaitement bien. Et puis je rentre dans la chambre et je vois une petite fille assise
16 sur son lit, qui jouait avec sa grand-mère aux cartes, et qui ne bougeait absolument pas, qui était toute raide,
17 toute rigide, elle tournait à peine la tête. Elle était assise mais elle ne bougeait surtout pas, en particulier les
18 membres inférieurs. En rentrant je me dis « oula là elle est quand même un peu rigide, un peu raide », ça en
19 général c'est un signe de douleur chez les enfants. Elle ne pleurait pas, elle n'était pas du tout souriante, un peu
20 en retrait, bon ça on peut le voir à quatre ans, des enfants qui ne nous accueillent pas forcément avec un grand
21 sourire. Je l'examine, et en l'examinant elle ne voulait absolument pas que je lui touche le ventre. Le ventre était
22 souple, il n'était pas dur comme du bois, mais elle ne voulait absolument pas que je lui touche le ventre. Plusieurs
23 fois j'y reviens et à chaque fois, en pleurant, elle me repousse.

24 L : Est-ce que tu recherchais quelque chose en particulier en regardant le ventre ?

25 P5 : Je voulais en fait faire la différence entre « je n'ai pas envie que tu m'embête laisse-moi tranquille » et « non
26 j'ai vraiment trop mal au ventre, je ne veux pas que tu appuies dessus ». C'est toujours un peu ça, donc souvent
27 en distrayant les enfants on arrive à les examiner plus facilement, ils oublient qu'on appuie à cet endroit-là et
28 puis du coup s'ils n'ont pas mal on peut le faire facilement, quand ils ont mal ils ont vraiment mal et ça réveille
29 la douleur. Et puis j'examine quand même les oreilles comme je fais d'habitude, j'examine tout le reste, tout était
30 normal, et j'examine les oreilles et je vois très bien les tympans, je me rappelle vraiment, je vois parfaitement
31 bien les tympans qui me paraissent parfaitement normaux, je pense qu'elle devait avoir un syndrome
32 inflammatoire elle avait une CRP augmentée, et donc là je me dis que ce n'est pas possible, cette enfant-là n'a
33 pas d'otite, elle a probablement une appendicite. Elle n'avait pas de diarrhée, je ne voyais pas ce que ça pouvait
34 être d'autre. J'appelle le chirurgien, il n'est plus là maintenant non plus, et il me dit « écoute quand même, ton
35 chef de service a dit que c'était une otite, moi je ne me vois pas l'opérer, elle n'a pas de défense, elle n'a pas de
36 contracture » et là je lui dit « oui mais c'est classique à quatre ans », donc je lui dit « Ok, pour trancher, je vais
37 demander à un ORL de voir les oreilles et si l'ORL me dit qu'elles sont bien normales et là le chirurgien me dit ok
38 je l'opère ». J'ai appelé un ORL, qui n'est plus là non plus, tu vois ça fait longtemps, les trois principaux
39 protagonistes ne sont plus là. Donc l'ORL me dit qu'effectivement les tympans sont normaux, donc le chirurgien
40 l'opère, et effectivement c'était une appendicite avec, je ne me souviens plus très bien le stade, mais c'était déjà
41 une appendicite un peu compliquée, ça devait être avec une péritonite localisée, mais c'est souvent le cas chez
42 les enfants. Et voilà, après tout s'est bien passé, elle a été opérée, son histoire a bien évolué, il n'y a pas de
43 problème. Mais ce qui m'avait alerté, c'est vraiment cette attitude complètement guindée et puis le fait qu'elle
44 ne veuille pas qu'on appuie sur son ventre et puis du coup derrière il y avait le fait que ce n'est pas parce qu'il y
45 a un diagnostic de posé par un sénior, il était plus âgé que moi, qu'il faut rester sur ce diagnostic et qu'il faut
46 rester alerte par ce que quand même ça ne fait pas juste une otite quoi.

47 L : Pour toi, pour reprendre un peu, sur la clinique c'était vraiment le côté positionnel, le côté en retrait au niveau
48 du ventre, tu as spontanément pensé à l'appendicite ?

49 P5 : Non, je me suis dit, cette enfant-là elle a mal, et après, quand je l'examinais, elle n'avait pas mal au niveau
50 des bras, au niveau des jambes, pas de syndrome méningé, il n'y avait pas d'otite, après il ne reste plus 50
51 endroits. Et par contre, à chaque fois que je revenais au niveau du ventre, elle avait mal au ventre. C'était la
52 douleur, et une douleur qu'on retrouve systématiquement au niveau du ventre. Ce n'est pas juste sur l'attitude
53 que j'ai dit c'est une appendicite, ce serait quand même un peu exagéré.

54 L : Oui, c'est sûr. Ça tombe bien, ça mène un peu à question suivante, à partir du moment où tu suspectes une
55 appendicite, quel bilan clinique ou paraclinique fais-tu et quelle importance aura le résultat de ce bilan dans le
56 reste de ta prise en charge ?

57 P5 : C'est difficile parce que ça dépend beaucoup de l'âge. Ce qui est sûr c'est que je vais quand même me fier à
58 la clinique. Alors c'est facile quand l'enfant ne va pas bien, c'est-à-dire quand il y a une contracture, une défense
59 nette, un plastron localisé, là c'est facile. Ce qui est difficile, c'est quand on a un enfant qui a mal de façon élective
60 en fosse iliaque droite, quand on appuie et que ça réveille la douleur vraiment régulièrement mais que par
61 ailleurs il va assez bien. Moi ce qui m'aide assez régulièrement c'est les vomissements, c'est la douleur quand on
62 saute ou le psotisme, mais souvent ils ne l'ont pas, au début ils n'ont même pas de vomissement et après ce qui
63 aide c'est le bilan biologique et puis l'écho maintenant, en sachant qu'on a tous vu des appendicites réelles et
64 déjà un peu avancées avec un bilan biologique normal. Alors on en a vu aussi avec des échos normales
65 initialement ou des appendices non vues et puis qui évoluent et finalement c'est une appendicite, et puis j'ai vu
66 une vraie péritonite, c'était le deuxième cas que j'avais en tête au début, une vraie péritonite avec un bilan
67 normal. C'était un petit enfant noir, qui est arrivé un dimanche à 5h du matin, enfin du moins, lundi à 5h du
68 matin, avec un abdomen extrêmement ballonné et dur comme du bois, il n'y avait pas de fièvre et un bilan
69 normal, je me suis demandé ce qu'il faisait, si ce n'était pas une malformation, un volvulus ou quelque chose,
70 mais un ventre de bois. Et alors lui pareil, il avait 12 ans, il ne bougeait pas du tout, il était extrêmement sage, il
71 disait quand même qu'il avait mal au ventre et c'était une péritonite, une vraie péritonite appendiculaire à
72 l'intervention. Donc moi les premiers signes, ceux qu'on retrouve tout le temps, c'est la douleur, et après on
73 s'aide d'un certain nombre de petits signes associés, et puis des fois, moi je suis d'un naturel plutôt anxieux donc
74 je vais peut-être plus facilement demander une écho, parfois on a pas l'écho, c'est la nuit, à ce moment-là on
75 surveille l'enfant ou si il n'habite pas loin on peut lui dire de rentrer chez lui et de revenir, ça va dépendre aussi
76 de l'âge, après 10/12 ans on est plus tranquille, ça évolue en général moins rapidement, donc on peut se donner
77 quelques heures d'observation, mais plus les enfant sont petits, plus il faut se méfier parce que ça peut aller vite,
78 et faire vite une péritonite, voire un choc septique. Ici à l'hôpital, moi je n'ai pas connu, mais tout le monde se
79 rappelle d'une enfant, je crois qu'elle avait 15 à 18 mois et elle est décédée d'un choc septique sur une péritonite.
80 C'est rarissime, mais c'est d'autant plus difficile de faire le diagnostic.

81 L : Pour les diagnostics un peu difficiles, dans des enquêtes qui ont été faites avant, notamment dans le cas de
82 l'embolie pulmonaire, c'est une étude un peu similaire, et ça a été retrouvé sur trois des entretiens que j'ai faits
83 avant, il y en a plusieurs qui ont parlé de l'utilisation de l'instinct, toi tu as parlé d'alarme au début de l'entretien,
84 pour le diagnostic de l'appendicite, qu'est-ce que tu en penses ?

85 P5 : Moi je ne crois pas trop à l'instinct. Je ne dirais pas l'instinct je dirais plutôt le sens clinique.

86 L : Sachant que ce qu'on appelle l'instinct c'est la conjugaison de l'expérience clinique, c'est-à-dire qu'un jeune
87 patricien ne va pas avoir ce qu'on appelle l'instinct clinique, c'est vraiment l'expérience clinique, l'accumulation
88 et le savoir. Ça a été montré que c'était de manière inconsciente, comme si c'était plein d'algorithmes ou de
89 situations similaires ou des petites situations qu'on a retrouvé, qui nous font dire « tiens là j'ai quelque chose, je
90 ne sais pas comment l'exprimer mais je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas ».

91 P5 : Oui c'est ce que j'appellerais le sens clinique. Alors sens clinique c'est plus sur l'aspect de l'enfant, il est un
92 peu gris, il est quand même un peu trop calme, il est mal positionné, il est angoissé, des trucs comme ça. Alors
93 après sur l'instinct et l'association de tout ça, plus l'expérience... Alors où on voit le stress, l'angoisse, parce que
94 les pédiatres sont très angoissés, et le stress de l'enfant, le stress des parents aussi ça joue.

95 L : En parlant de stress des parents, est-ce que l'enfant dont tu nous as parlé tu le connaissais ?

96 P5 : Non.

97 L : Pas du tout.

98 P5: Du tout.

99 L : Et est-ce que pour toi le fait de connaître ou de ne pas connaître l'enfant ça aide pour poser un diagnostic
100 comme ça ?

101 P5: Je pense que ça aiderait. De connaître le caractère de l'enfant, comment il réagit habituellement, je pense
102 que ça aiderait. La difficulté c'est quand on sait que l'enfant est très chocotte un peu pusillanime et qu'on se dit
103 qu'encore une fois il a mal mais bon... Mais si justement on sait qu'il est dur. Après là la petite fille elle n'était
104 absolument pas difficile à examiner au sens où elle n'était pas opposante. Finalement moi elle retirait ma main
105 parce qu'elle avait mal, pas parce qu'elle ne voulait pas que je l'embête parce qu'elle jouait aux cartes par
106 exemple. Donc ce n'était pas une enfant difficile à examiner. Moi j'ai un peu de mal parce que je ne suis pas
107 d'enfant en dehors de spécialité donc c'est difficile, je peux dire par rapport à mes propres enfants, moi j'ai une
108 de mes filles qui avait tout le temps mal au ventre. Mais à chaque fois qu'elle avait mal au ventre je l'examinais
109 quand même, pour être sûr et ne pas dire « bon encore une fois ce n'est rien du tout ». Mais dans tous les cas,
110 oui, j'aurais plutôt tendance à dire que ça aide.

111 L : C'est ce qu'on dit les autres dans les entretiens d'avant, il y en a certains qui ont avancé le fait que même si
112 on ne connaît pas l'enfant, de voir comment les parents réagissent avec l'enfant ou d'avoir des parents qui, sans
113 forcément leur poser la question, nous disent que leur enfant n'est pas comme d'habitude, ça leur fait penser
114 plus à des pathologies comme l'appendicite ou ce genre de chose un peu sourde, qui évoluent.

115 P5 : Oui alors là pour le coup quand les parents disent « non non non il y a un problème, ça ne va pas », il faut
116 vraiment les écouter c'est vrai.

117 L : Du coup il reste la dernière question, est-ce que tu as quelque chose à ajouter par rapport à tout ce dont on
118 a discuté, en pensant à un autre cas, des choses qui te paraissent intéressantes à ajouter en plus, ou les questions
119 que je t'ai posé est-ce que ça t'as fait penser à quelque chose que tu n'as pas évoqué au début ou alors d'une
120 manière plus générale sur l'appendicite ?

121 P5 : Pour moi c'est un des diagnostics les plus difficiles, parce qu'il n'y a pas 100% d'examens pour dire dans
122 100% des cas c'est ça ou ce n'est pas ça. Même l'écho peut se tromper, on a déjà vu des scans aussi qui se
123 trompent et donc il ne reste plus que l'intervention chirurgicale, alors les chirurgiens essaient de ne pas opérer
124 pour rien, on les comprend, donc du coup c'est vraiment un diagnostic qui est compliqué. Les examens
125 complémentaires aident, évidemment, mais...

126 L : Ça t'aide à confirmer le diagnostic.

127 P5 : Bah plutôt, éventuellement à l'infirmier quand le diagnostic différentiel principal c'est l'adénite
128 mésentérique, l'adénolymphites mésentérique, ça se situe au même endroit, ça peut donner des symptômes
129 similaires, et puis opérer une adénite mésentérique l'enfant après il aura la douleur de l'intervention et puis
130 toujours la douleur de l'adénite donc c'est vrai que c'est des suites qui sont un peu pénibles et compliquées donc
131 il ne faut pas le faire mais c'est difficile oui. Et des fois des maladies inflammatoires du tube digestif qui peuvent
132 être compliquées, qui donnent des syndromes inflammatoires important. Il y a eu un enfant qui a été opéré et
133 les suites étaient compliquées forcément. Donc en gros oui c'est un diagnostic difficile et il faut rester en
134 permanence vigilant par rapport à ça. Dans une période de gastroentérite il faut rester attentif, au milieu de
135 toutes les gastroentérites il y aura peut-être une appendicite ou une invagination intestinale, ou autre chose,
136 mais je crois qu'en médecine globalement et en pédiatrie d'autant plus, mais il faut rester attentif et vigilant à
137 chaque fois. Chaque enfant est un nouvel enfant, et même s'il y a eu 15 gripes, la seizième peut être autre
138 chose. Et surtout dans l'appendicite, chaque personne qui a mal au ventre est une nouvelle personne. Il faut tout
139 redérouler.

140 L : En dessous de cinq ans ou au-dessus de 55 ans, les diagnostics d'appendicite sont très durs à poser.

141 P5 : Oui, alors je ne savais pas pour les plus de 55 ans parce qu'effectivement je ne m'y intéresse plus trop
142 maintenant, il faudrait que je m'y ré intéresse, mais en dessous de cinq ans, même en dessous de dix ans. On a
143 eu une petite de six ans qui avait été envoyée par son médecin traitant pour une appendicite, parce qu'elle avait
144 mal à droite et puis elle arrivé ici, on a fait ce qu'il faut, première écho pas contributive, on tourne autour, on
145 l'hospitalise, on la perfuse, on l'examine, ce n'est pas probant. Et puis au bout de trois jours, là ça s'est vraiment
146 confirmé donc on l'a opéré, c'était quand même un cas un peu compliqué.

147 L : Si vous l'avez gardé c'est qu'il y avait quand même des éléments...

148 P5 : Oui absolument, mais le médecin a téléphoné en disant « mais pourquoi vous avait mis trois jours à
149 l'opérer ? ». En fait, quelque part je pense que ce médecin ne savait pas que c'était si rare les diagnostics
150 d'appendicite en pédiatrie et que donc du coup, je crois qu'elle avait une forme avec de la diarrhée, bah oui c'est
151 tellement rare qu'il faut quand même être sûr que c'est ça. Et puis là pour le coup les examens complémentaires
152 ne nous avaient pas beaucoup aidé.

153 L : D'accord, et c'était les examens complémentaires normaux ? Si de la diarrhée, des douleurs mais pas à un
154 endroit franc...

155 P5 : Oui et a six ans les Bloomberg ce n'est pas... Franchement les examens cliniques ne sont pas comme ce qu'on
156 peut avoir chez les grands. C'est une douleur qui peut être un peu diffuse, avec un petit ballonnement, des
157 vomissements, ça peut tout à fait être une gastro. Mais bon elle avait été hospitalisée effectivement parce qu'elle
158 n'était pas bien, pas en très bon état général et puis voilà. J'aurais pu prendre ce cas-là et puis c'est l'autre qui
159 m'est venu en premier. Celle-ci je ne l'ai connu qu'après en fait.

160 L : Oui, c'est le principe de la dernière question.

161 P5 : Bon je reviens sur le petit garçon qui avait une péritonite à douze ans, et qui ne disait rien, et donc ce que je
162 dis c'est les enfants les plus grave en général c'est ceux qui ne disent rien, qui ne bouge pas, qui sont à l'économie,
163 qui ne font pas un bruit, et le petit là, bon je sors complètement, mais qui avait une suspicion de Guillain Barré
164 qui avait hyper mal, peut-être qu'il avait un peu trop mal, tu vois, rétrospectivement, on peut se dire peut être
165 qu'il était un peu théâtral, peut-être, je ne l'ai pas vu. Mais je trouve que c'est toujours intéressant de revoir à
166 postériori. Je te dis, les enfants qui ne bougent pas, je pense que les adultes sont un peu pareils. Je me rappelle
167 d'une jeune fille, elle était drépanocytaire, donc ça on le savait, elle était noire, allongée dans le box des urgences,
168 et elle ne bougeait absolument pas, elle bougeait d'un côté à l'autre ses yeux pour voir ce que les gens faisaient
169 autour d'elle, tellement elle était submergée de douleur à cause d'une crise douloureuse drépanocytaire, et le
170 petit garçon c'était le genre, pourtant il était arrivé en marchant et tout. Je me souviens de son papa qui disait
171 qu'il avait mal au ventre mais bon, banalisant un peu, je revois encore son ventre, je ne me souviens plus depuis
172 combien de temps ça durait, peut être depuis trois ou quatre jours et puis il ne l'avait pas trop dit, il ne devait
173 pas trop avoir l'habitude de se plaindre, là pour le coup, si je l'avais connu peut-être que je ne sais pas.
174 L'appendicite c'est trompeur, c'est pour ça qu'après quand on en a vu qui juste sur une petite douleur localisée
175 au Mc Burney et puis quasiment isolée, et on fait l'écho c'est une vraie appendicite, on l'opère et il était temps.
176 Après on a envie de faire des écho à tous les enfants qui ont mal en fosse iliaque droite, c'est ça qui est pénible,
177 plus on vieillit et plus on est inquiet parce que plus on a vu tous les cas cliniques possibles.

178 L : Merci en tout cas.

Retranscription entretien n°6, P6, 25 40 ans, pédiatre travaillant dans un service de pédiatre et effectuant des gardes aux urgences. 14min 26s.

- 1 Loïc : Alors est-ce que tu veux bien me parler d'un cas d'appendicite que tu as diagnostiqué ?
- 2 P6 : C'est une petite de deux ans qui vient pour, a priori, fièvre, et elle est traitée pour une angine, la maman dit
3 qu'elle a mal à la gorge et donc elle est traitée pour une angine. On arrive, elle a 38,5, une enfant qui est grise,
4 on tourne autour et la gorge est nickelée, les tympanes, et ça fait 15 jours qu'elle est sous antibiotiques. Et donc
5 en reprenant l'histoire, je lui dis « et donc à la base, il y a dix jours, avant qu'on traite pour une angine, elle se
6 plaignait de quoi ? » et la mère me dit « elle se plaignait du ventre », donc là on passe un quart d'heure à lui
7 papouiller le ventre dans tous les sens, qui est souple, indolore, mais elle a ce teint gris et c'est surtout qu'elle a
8 cette espèce de léthargie pour un enfant de deux ans, vraiment elle a la forme neurologique de l'appendicite.
9 Deux ans c'est très tôt pour une appendicite, et elle a vraiment cette forme léthargique et on se dit « elle a mal
10 au ventre ». Donc tout de suite on la mise sous antibio, en plus c'était la période des gastros, il y a eu beaucoup
11 de gastro, c'était un hiver, et c'est la seule qui a été traitée par antibio pour laquelle on a demandé une écho en
12 urgence, et en fait elle avait une péritonite. Et elle a été au bloc et voilà. Et c'était une péritonite, probablement
13 un truc abcédé depuis longtemps avec de l'amox depuis dix jours, sachant que c'est plutôt la présentation
14 neurologique qui m'a alerté sur le fait qu'à deux ans ils n'ont pas d'abdos donc le ventre de bois on ne l'a pas.
- 15 L : Qu'est-ce que tu as recherché en particulier quand tu as fait ton examen clinique ? Tu as vu son teint, et
16 après ?
- 17 P6 : C'est l'histoire. C'est l'histoire parce qu'elle était traitée pour une angine, le médecin avait constaté une
18 angine et il n'y avait rien qui collait et donc il fallait repartir depuis le départ et se dire « quel est le symptôme
19 premium, qu'est-ce qui n'allait pas au départ ? De quoi elle avait vraiment mal ? A quel endroit elle avait mal ? ».
20 La mère me dit le ventre donc il faut aller pister ce ventre parce qu'après les gens rajoute des choses et la mère
21 à la base elle dit « elle a une angine, elle a une angine », parce que le médecin avait vu une angine. Mais il n'y
22 avait pas d'angine en fait. Donc vraiment l'interrogatoire et le symptôme, le symptôme premier.
- 23 L : D'accord. Et tu n'avais rien de particulier sinon ?
- 24 P6 : Un ventre souple, c'est un enfant qui n'a pas de muscles abdominaux en fait.
- 25 L : Est-ce que tu as fait un bilan ? Tu as fait l'écho...
- 26 P6 : Elle a eu un bilan, un gros syndrome inflammatoire, une CRP à 300, enfin il y avait un gros syndrome
27 inflammatoire oui.
- 28 L : Est-ce que cette biologie aurait changé quelque chose dans ta prise en charge si par exemple elle était revenue
29 négative, est-ce que tu aurais eu la même prise en charge derrière ?
- 30 P6 : On aurait fait une écho.
- 31 L : De toutes manières tu aurais fait ton écho.
- 32 P6 : En fait il y avait le teint. La forme neurologique de l'enfant léthargique, mais elle a un teint gris, jaune,
33 verdâtre, gris, ce n'est pas la gastro habituelle. Pour le coup c'est la présentation clinique qui tique et la douleur
34 première et initiale. Mais par expérience, oui on tique, sachant que l'appendicite à deux ans c'est très rare. C'est
35 hyper rare. C'est la présentation clinique.
- 36 L : Est-ce que tu connaissais l'enfant avant de le voir ?
- 37 P6 : Non.
- 38 L : Est-ce que, pour toi, le fait de connaître ou de ne pas connaître l'enfant ça apporte quelque chose en plus
39 pour le diagnostic de l'appendicite ?

- 40 P6 : Non.
- 41 L : Non, pas du tout. C'est plus avec l'histoire des parents ? C'est plus autre chose ou peu importe sinon ?
- 42 P6 : Oui c'est la clinique.
- 43 L : D'accord. Donc on a posé la question pour la biologie, maintenant pour l'échographie ou pour le scanner,
44 qu'est-ce que tu en penses toi ? Est-ce que ça change quelque chose dans ta prise en charge aussi ?
- 45 P6 : L'échographie finalement on l'a eu que le lendemain matin parce que c'était dans la nuit, ça n'a pas changé
46 ma prise en charge sur le fait que j'ai dégainé directement des antibiotiques IV en me disant « je ne sais pas ce
47 qu'on traite mais là il y a un truc, ça ne va pas. », sans attendre la bio, sans attendre.
- 48 L : Dans certains entretiens avant il y a pas mal de médecins qui ont parlé de la notion d'alarme ou d'alerte, de
49 dire « je ne sais pas exactement ce que sais donc j'y vais ». Est-ce que pour toi d'une manière générale dans la
50 pose de diagnostic de l'appendicite, ça joue un rôle ? Comment tu le sens ?
- 51 P6 : Je pense qu'il y a beaucoup d'expérience. C'est beaucoup l'expérience clinique. On a vu des appendicites
52 très foireuses avec des bilans négatifs, des enfants avec des ventres souples, on a vu aussi des ventres avec des
53 sensibilités qui n'avaient pas d'appendicite... Je pense que la présentation clinique reste, les enfants qui sont
54 prostrés, ne bouge pas quand tu leur demande « est-ce que tu peux te lever, est-ce que tu peux t'asseoir, est-ce
55 que tu peux sauter », sauter ce n'est pas possible. L'enfant est prostré, il n'a pas envie de se mettre debout, il
56 n'a carrément pas envie de sauter à pieds joints, ça pour moi les enfants qui sont prostrés, les enfants qui mettent
57 les mains derrière la tête, qui croisent les pieds et qui se font examiner le ventre, ça ne colle pas. Souvent, quand
58 le motif c'est douleur abdo et qu'on ouvre la porte, la première présentation de l'enfant, elle tique. Tu vois, tu
59 te dis « lui clairement ce n'est pas ça », celui qui est prostré, pas bien, les parents à côté, là c'est une attitude...
60 La prostration, le fait qu'ils ne veulent pas se tourner et quand tu veux les lever ils ont un peu mal, ils soufflent
61 parce qu'ils n'ont pas envie de le faire ou ils se mettent à gémir... Je trouve que la première impression est quand
62 même assez bonne.
- 63 L : Alors par rapport à toutes ces questions, est-ce que ça t'a fait penser à quelque chose en particulier, quelque
64 chose que tu voudrais rajouter ?
- 65 P6 : Non, a part qu'en fait en médecine, la clinique ça compte, je pense que l'impression clinique et la clinique,
66 peut être que c'est le critère le plus important qu'un PCT ou qu'une écho et que finalement on est pas si mauvais
67 que ça.
- 68 L : Ça marche, merci !

Retranscription entretien n°7, P7 , 40 65 ans, pédiatre travaillant dans un service de pédiatre et effectuant des gardes aux urgences. 12min 18s.

- 1 Loïc : Donc voilà, est-ce que tu veux bien me parler d'un cas d'appendicite que tu as diagnostiqué ?
- 2 P7 : Alors c'était lors d'une épidémie de gastro, il y a 10 jours, donc fin Janvier 2019, une petite fille d'une dizaine
3 d'années je crois, qui avait été amenée par sa mère parce qu'elle avait mal au ventre depuis six jours a peu ce
4 timing-là, il y avait eu diagnostic de gastro, traitement symptomatique donc elle avait une diarrhée par jour, elle
5 avait eu un petit peu de fièvre mais il n'y en avait plus et un vomissement, en bon état général à ce moment-là,
6 elle avait eu du Bactrim pendant 36 heures, à peine...Je l'ai vu le mardi et ça avait commencé le mardi ou le
7 mercredi d'avant et elle avait eu du Bactrim samedi et dimanche ou de samedi soir à lundi matin, je ne sais plus.
8 Elle avait eu un ECBU en ville qui était négatif avant d'être sous Bactrim mais comme il n'avait pas les résultats,
9 le médecin avait mis le Bactrim parce qu'il pensait que c'était une infection urinaire. Donc il y avait une
10 incertitude diagnostique, il y a eu une prise de sang le matin même, le mardi, avec une CRP à 40 et des blancs un
11 petit peu augmentés. Donc la mère l'a amenée mais le médecin lui avait dit par téléphone de l'amener aux
12 urgences parce qu'elle ne savait pas ce que c'était. A l'examen clinique, la petite fille était en forme, elle marchait
13 librement dans sa chambre, elle n'était pas du tout psoïtis, un ventre parfaitement souple sauf un petit peu
14 douloureux en pelvien et en fosse iliaque droite, mais surtout en pelvien, une petite fille qui avait faim, un transit
15 conservé et qui me demandait à manger. Donc, je n'ai pas refait de bilan, puisque qu'elle avait eu la prise de sang
16 quelques heures avant, et comme j'étais un peu incertaine, c'était la douleur, la douleur était très faible, mais, il
17 y avait quelque chose en pelvien. Ça n'allait pas avec un diagnostic de gastro puisqu'elle avait faim et elle n'avait
18 qu'une selle par jour, un peu molle mais bon. Et donc c'est là que j'ai demandé l'imagerie, c'est l'interne qui me
19 l'a faite, et comme il avait un doute à l'écho, il l'a transformé en scanner.
- 20 L : D'accord, donc toi ce qui t'as vraiment fait penser à l'appendicite c'est une douleur en pelvien.
- 21 P7 : En fin cette hésitation à la palpation, parce qu'elle n'était pas si douloureuse que ça mais elle crispait un peu
22 le visage en pelvien et tout ne collait pas. Et je pense en fait qu'il y avait un sens clinique, je n'étais pas sûre à
23 100% que c'était une appendicite mais il y avait quelque chose qui ne collait pas complètement.
- 24 L : D'accord. Donc là, quel bilan clinique ou paraclinique as-tu fait ? Donc le bilan paraclinique avait été fait en
25 ville, tu as fait l'écho, le scanner... Quel a été l'impact de ce bilan clinique, de ce bilan paraclinique dans ta prise
26 en charge et dans ta pose de diagnostique ?
- 27 P7 : La prise de sang aurait été parfaite, ça aurait été moins intrigant. Se retrouver avec une CRP à 40 et des
28 neutro qui étaient à 12000 je crois, c'est là que je me suis dit qu'il y avait quelque chose et qu'il fallait explorer
29 au niveau abdominal, parce que les signes étaient quand même digestifs et après c'est le scanner qui a complété
30 l'écho et qui a posé le diagnostic.
- 31 L : D'accord. Et d'une manière générale, devant une clinique un peu parlante ou devant une clinique où tu ne
32 sais pas trop, si tu as une biologie qui ne concorde pas avec une appendicite, tu t'orientes comment
33 habituellement ?
- 34 P7 : Alors la clinique en premier, parce que j'ai appris comme ça, la prise de sang qui aide un petit peu, c'est vrai
35 que quand il y a une prise de sang parfaite et une clinique qui était un peu douteuse je ne vais pas jusqu'à l'écho.
36 Si j'ai un doute, je reconvoque le lendemain, je garde, et on fait l'écho quand même. Et des fois on trouve.
- 37 L : Donc c'est vraiment la clinique... Pareil, d'une manière générale, quand tu commences à penser à
38 l'appendicite, qu'est-ce que toi tu recherches vraiment à l'examen clinique ? Où est-ce que tu t'attardes le plus ?
- 39 P7 : Alors la douleur de l'enfant, son comportement, surtout le petit qui ne va pas dire qu'il a mal mais ça va se
40 voir, il va être trop sage. Chez le petit ça va être vraiment l'enfant trop sage, il faut se méfier de l'enfant trop sage
41 et souvent un peu dyspnéique du fait de la douleur, donc on peut se tromper avec la pneumopathie notamment.
42 Chez le grand, c'est la palpation abdominale et son discours aussi. Au niveau symptômes ce n'est jamais vraiment
43 pareil donc si une douleur d'abord diffuse puis localisée à la fosse iliaque droite, là ça oriente plus. Et surtout la
44 palpation en fait.

45 L : Et dans la palpation, est ce que tu arrives à décrire un petit peu ce que tu recherches à l'appendicite sur la
46 palpation ? C'est un peu difficile comme question...

47 P7 : Non non, moi à la palpation je fais de façon systématique gonfler le ventre, ça me fait rechercher la douleur,
48 je demande à l'enfant de pointer avec un seul doigt, parce que sinon il met partout sur le ventre, donc avec un
49 seul doigt de localiser sa douleur. Enfin, de savoir déjà si il a mal quand il gonfle le ventre, de localiser avec le
50 doigt, ensuite je fais dégonfler le ventre, le rendre tout plat, il me dit si ça lui fait mal, il me montre avec son doigt
51 et ensuite je lui demande de tousser et il me dit si ça fait mal et ensuite donc je commence toujours à gauche,
52 d'abord je pose ma main, j'attends qu'il se décontracte, je lui fait parler d'autres choses, ou il regarde un livre
53 etc.. Mais souvent je lui fais parler d'autres choses, et petit à petit je fais une palpation, je fais le test de
54 Bloomberg, donc j'appuis à gauche pour voir s'il a mal à droite, donc une compression- décompression rapide
55 pour voir s'il a mal à droite et ensuite je palpe tout l'abdomen en partant toujours de la gauche et le dernier
56 endroit c'est la fosse iliaque droite. Et à la palpation je palpe assez profondément pour voir s'il y a une défense,
57 mais vraiment profondément, après il y a des ventres de bois où il n'y a pas besoin d'appuyer trop fort, ça dépend
58 aussi du comportement de l'enfant.

59 L : Là pour ce cas, tu ne connaissais pas du tout l'enfant avant de le voir.

60 P7 : Non.

61 L : Est-ce que pour toi, d'une manière générale, le fait de connaître l'enfant avant est une aide pour la pose de
62 diagnostic ou pas ?

63 P7 : C'est une aide pour qu'il apprécie mieux l'examen clinique mais on peut l'amadouer. Là elle était très très
64 craintive, elle ne voulait pas rester, elle était très craintive, je lui ai fait discuter d'autres choses, et puis finalement
65 ça va assez vite. Il n'y a pas besoin de connaître l'enfant. Sauf, ça peut aider les enfants autistes. Je sais qu'on en
66 a eu une cet été qui avait une appendicite, elle était tellement trop sage qu'elle était facile à examiner mais c'est
67 aussi parce qu'elle avait l'abcès pelvien. Les enfants qui ont une appendicite sont quand même souvent faciles à
68 examiner, enfin je n'ai pas de cas où ça a été très difficile.

69 L : Et pour toi, est-ce que ça va changer quelque chose de ton côté ?

70 P7 : De le connaître ? Non rien du tout.

71 L : Rien du tout. Ton examen tu ne le fais pas de manière différente ... ?

72 P7 : Non.

73 L : Après il y a certains, il y a pas mal de médecins dans les précédents entretiens qui ont parlé, suivant les gens,
74 d'alarme ou d'instinct, ou de quelque chose qui ne va pas, qu'est-ce que tu en penses toi ?

75 P7 : Avant de faire l'examen il ne faut pas avoir trop de convictions parce qu'on peut se tromper en fait. De toutes
76 façons c'est un diagnostic très très difficile à faire cliniquement, et j'essaie de ne pas avoir de conviction,
77 justement, parce que si je me dis « oh non je n'ai pas envie que ce soit une appendicite, le service est plein,
78 etc... » on est vite trompé par ça. Par contre après quand je l'examine, un peu comme la petite fille, il y a une
79 espèce de sixième sens, enfin pas de sixième sens mais de se dire qu'il y a un truc qui ne colle pas et quand je me
80 dis « il y a un truc qui ne colle pas », je fais une imagerie.

81 L : Donc pour toi tu fais systématiquement une imagerie...

82 P7 : S'il y a un truc qui ne colle pas, oui.

83 L : Et là si l'imagerie revient négative tu temporises.

84 P7 : Ça dépend si c'est juste une écho. Si c'est un scanner oui je pense.

85 L : Si c'est une écho avec une appendice pas vue ou quelque chose comme ça...

86 P7 : Si c'est une écho avec un bilan presque normal et une clinique qui était bien, voilà. Si j'ai encore un doute je
87 vais garder l'enfant, ou le reconvoquer. Après les imageries sont quand même de plus en plus performantes sur
88 tout ça.

89 L : Par rapport à tout ce dont on a parlé, est-ce que tu as des choses à rajouter, tu penses à quelque chose qui
90 pourrait être intéressant ?

91 P7 : Pas particulièrement, plus on voit de patients et plus on est performant je pense, même avec l'essor de
92 l'imagerie, parce que maintenant les chirurgiens opèrent sur une imagerie, ils n'opèrent pas forcément sur un
93 patient, et ça c'est dommage parce que les internes en chirurgie ne viennent plus examiner les enfants
94 quasiment, ils voient l'enfant qu'une fois quasiment endormi au bloc. Et en fait je pense que la clinique fait partie
95 du progrès aussi, savoir bien examiner, parce qu'il y a eu l'histoire de la PCT, en fait il y a des péritonites où la
96 PCT est négative donc il ne faut pas s'acharner sur un critère biologique ça c'est sûr, après les progrès de l'écho
97 et du scanner c'est normal qu'ils demandent une imagerie à chaque fois parce qu'on a quand même des
98 imageries de plus en plus performantes. Quand même rester sur la clinique, parce qu'on ne peut pas faire
99 d'imagerie à tout le monde.

100 L : Très bien, merci beaucoup en tout cas.

Retranscription entretien n°8, P8 , 40 65 ans, Urgentiste. 13min 51s

- 1 Loïc : Alors, le but c'est d'explorer comment les médecins soupçonnent une appendicite dans un contexte
2 d'urgence, donc aussi bien des médecins urgentistes que des médecins généralistes, et la démarche diagnostique
3 qui va se faire. Donc est-ce que tu veux bien me parler, me raconter une histoire d'appendicite que tu as vu ?
- 4 P8 : Oui, alors j'en ai une qui me vient à l'esprit parce que tu mets le doigt sur le sujet, il me semble que c'était
5 relativement peu de temps après que je sois arrivé à Douarnenez, peut être deux ans. Enfin je n'avais pas un
6 recule extrême sur les urgences de Douarnenez, il me semble que c'était une patiente qui était, je dirais 65 plus
7 ou moins deux, entre 63 et 67 ans, qui n'avait pas d'antécédents particuliers, qui avait une douleur abdo qui
8 devait dater de deux ou trois jours avec un contexte en plus de gastro, enfin de gastro dans le sens où il y avait
9 eu un repas un peu suspect, des fruits de mer ou quelque chose comme ça 68h avant et cette dame avait eu, je
10 ne me rappelle plus de tous les signes qu'elle présentait, mais en tout cas un douleur abdo qui était une douleur
11 abdo à gauche. Peut-être une biologie pas très évocatrice, en tout cas on ne s'est pas précipité tout de suite sur
12 de l'imagerie et c'était plutôt la nuit ou le weekend, enfin en tout cas on n'avait pas non plus de personne
13 susceptible de nous faire un examen sur place, que ce soit l'écho ou le scan, donc il fallait faire appel forcément
14 à la téléradiologie. Il me semble me rappeler que c'était une biologie qui était un peu mitigée, pas la franche
15 hyperleucocytose, pas la franche température, tout ce qu'on pouvait suspecter au mieux c'était une sigmoïdite
16 finalement à cause du tableau clinique plutôt à gauche. Et on est revenu du scanner avec une appendicite rétro
17 caecale ou rétro hépatique, je serais incapable de retrouver l'histoire, mais en tout cas on avait une appendicite
18 très atypique avec une clinique qui ne nous orientait clairement pas vers ça. Une fois qu'on a trouvé on a soufflé
19 un peu et on a transféré la patiente.
- 20 L : Est-ce que tu te rappelles justement dans la clinique, dans ton examen clinique, ce que tu as recherché,
21 comment tu l'as fait, et après d'une manière plus générale, quand tu penses à une appendicite comment tu fais
22 ton examen clinique ?
- 23 P8 : Alors chez cette patiente là j'ai été complètement déstabilisé par le tableau, je n'aurais jamais parié, au vu
24 du critère d'âge, de la présentation clinique, de la biologie qui me semble encore une fois assez mitigée, ça
25 pouvait être tout et n'importe quoi et puis un peu de syndrome inflammatoire, un peu de blancs mais pas non
26 plus énorme et donc là j'étais complètement bluffé, c'est le scanner qui m'a remis dans le droit chemin. Par
27 contre quand je vais chercher, que ce soit plutôt dans une population jeune, pré adolescent on va dire jusqu'à
28 des gens de 30-40 ans, sur le plan clinique, la douleur au tiers, le Mcburney si je me souviens bien. Je cherche
29 aussi beaucoup la douleur à la décompression, je cherche le psoitisme, je cherche beaucoup ça parce que je
30 trouve que c'est des bons signes d'orientation, qui te permettent de renifler un peu le truc. Après il y a les signes
31 d'accompagnement mais qui ne sont tellement pas constants je trouve, autant les vomissements que le tableau
32 de diarrhée soit de constipation, baisse ou diminution des bruits hydro-aériques, je les trouve tellement
33 inconstant, certes je vais les recueillir mais je pense que c'est vraiment la particularité de la douleur plus les
34 signes d'irritation potentiellement péritonéale qui peut y avoir ou rétro péritonéale par le psoitisme qui me font
35 chercher ça. Et après on va regarder la bio mais c'est pareil, cliniquement un petit 38° ça peut orienter mais des
36 fois on ne trouve pas le 38, et après la bio c'est pareil c'est inconstant, la CRP, les blancs...
- 37 L : Ça mène un peu à la question suivante justement, quel bilan clinique ou paraclinique tu fais et quelle
38 importance tu lui accordes pour la suite de ta prise en charge ?
- 39 P8 : Bilan clinique ou paraclinique... Clinique, on en a un peu parlé, sur le plan de la douleur ou sur le plan abdo,
40 après on va peut-être regarder en amont qu'on était sûr de pas être avec des paramètres généraux,
41 d'hémodynamique qui soient corrects, ça on les apprécie, tant sur le plan clinique que sur les chiffres, ensuite,
42 l'examen clé pour moi c'est l'écho, y compris chez des gens des fois un peu limites pour une écho, je vais plutôt
43 demander en premier lieu une écho.
- 44 L : Une écho avant une biologie ?

45 P8 : Ah, alors non, on doit quand même avoir de la bio pour avoir des arguments, je vais chercher à avoir des
46 blancs, une CRP, en fait je vais surtout chercher à éliminer tout le reste. D'éliminer les problèmes urinaires, les
47 problèmes gynéco forcément, parce que ça peut être trompeur, les Béta HCG, il va y avoir beaucoup de choses
48 de diagnostic d'élimination.

49 L : Et si ta bio revient négative par exemple ?

50 P8 : Alors si la bio revient négative et que je reste persuadé que le tableau est en faveur, je vais faire comme je
51 fais d'habitude je vais apprécier s'il y a des signes de gravité ou pas, si la personne, en particulier chez les jeunes
52 enfants, ou une jeune de 25 ans, je veux m'assurer qu'elle n'habite pas loin quitte à la faire revenir si c'est un
53 dimanche soir, je vais la faire revenir le lundi matin si je ne la trouve pas inquiétante, à conditions de prendre les
54 précautions d'usages : pas loin, accompagnée, pouvoir revenir vite si besoin, et le lendemain je vais la
55 reconvoquer pour une écho, de toutes façons. Et là je vais faire confiance au radiologue, si le radiologue a un
56 doute sur la taille de l'appendice de toutes façons elle va passer au scan. Sachant qu'on aura éliminé tous les
57 autres contextes possibles, enfin toutes les possibles causes d'une douleurs abdo, basse, éventuellement, droite,
58 éventuellement, mais ça peut être dans tous les sens quoi.

59 L : Dans l'histoire dont tu nous as parlé, est-ce que tu connaissais ta patiente avant de l'avoir vu ? Tu l'avais déjà
60 vu avant ou pas ?

61 P8 : A vrai dire je ne m'en rappelle plus, j'ai l'impression qu'elle était venue 48h avant, il me semble me rappeler,
62 mais ça commence à être vieux, il me semble me rappeler, pour un tableau un peu trainant oui 48h avant.

63 L : Et est-ce que pour toi, d'une manière plus générale, est-ce que pour toi le fait de connaître un patient peut
64 être une aide au diagnostic de l'appendicite ou pas ?

65 P8 : Joker, là je ne sais pas parce que la seule connaissance que nous on a des patients c'est de les avoir
66 potentiellement les avoir vu aux urgences donc ce n'est pas la même approche que dans un cabinet, quelqu'un
67 qui vient à 48h d'intervalle pour la même chose de toutes façons il va falloir le garder, je ne vais pas le laisser
68 repartir dans la nature, les gens ne viennent pas, enfin pour la majorité d'entre eux, ils ne viennent quand même
69 pas aux urgences par plaisir. Et donc le fait de connaître, même sur une courte durée, finalement oui je vais être
70 encore plus suspicieux, et au pire je ne laisserai pas la personne rentrer et on utilisera tant pis le scanner avec
71 injection si nécessaire, à partir du moment où la douleur dure plus de 48h parce qu'on a vu des péritonites qui
72 étaient très peu bruyantes dans ces contextes-là.

73 L : Alors ensuite, sur des études précédentes et sur une partie de l'étude il y a pas mal de personnes interrogées
74 qui ont parlé de l'instinct et de la conviction pour le diagnostic d'appendicite, qu'est-ce que tu en penses toi ?

75 P8 : Oui question difficile parce que j'ai tendance à croire qu'on a une sorte de sixième sens, si on peut appeler
76 ça comme ça, aux urgences, mais c'est forcément basé sur la compilation ou l'agrégation de micro signes, peut
77 être dont on n'a pas conscience, le patient est un petit peu gris, il n'est un peu pas bien. Sur l'appendicite, oui,
78 après je suis incapable de dire sur combien de pourcentage je me suis trompé, de faux positifs, qui ont été
79 infirmé, qui ont retrouvé une adénolymphite ou rien, je suis incapable de la dire. Néanmoins, ma réponse serait
80 plutôt de dire quand même oui je pense que quand on l'a ressenti on va y aller à l'imagerie aujourd'hui, mais ça
81 aurait été sans imagerie comme c'était il y a 30 ou 40 ans, je pense que les chirurgiens y seraient allés. Après dire
82 qu'est-ce que j'en pense... Je pense que ça compte quand on a de l'expérience oui, après c'est sans avoir la
83 garantie qu'on ne se trompe pas.

84 L : Dernière question, par rapport à tout ce dont on a parlé là, est-ce qu'il y a des choses qui te viennent en tête,
85 est-ce qu'il y aurait quelque chose que tu voudrais ajouter à ces questions ?

86 P8 : En fait ce serait sympa de faire comme on fait en fast écho, enfin déjà on pourrait débrouiller, on n'en a pas
87 parlé plus tôt mais si on a une suspicion et qu'on sait regarder le Douglas on arriverait peut-être à se dire vraiment
88 il se passe un truc parce qu'il y a un peu de jus en bas, idéalement il faudrait qu'on soit suffisamment habile pour
89 poser la sonde et voir s'il y a une appendicite ou pas. Et comme je suis persuadé que l'échographe c'est le stéto
90 du 21^{ème} siècle, il faut que ça se fasse, ça permettrait de poser le diagnostic. Après, pour en avoir discuté avec les
91 chirurgiens, j'ai cru comprendre qu'il commençait à y avoir des études qui ont commencé à comparer

92 antibiothérapie versus chirurgie donc on va voir quand on arrivera à ne plus opérer des appendicites on va dire.
93 Voilà, je ne sais pas ce que je peux rajouter de plus, en conclusion, à mon sens, ça fait partie des diagnostics les
94 plus difficiles et les plus instables qu'on peut voir aux urgences, heureusement qu'il y a le scan ou l'écho mais
95 sinon c'est très difficile. On explique ça aux gens, ils comprennent la plupart du temps que c'est un diagnostic
96 très très difficile.

97 L : Très bien je te remercie.

Retranscription entretien n°9, P9, Médecin Généraliste en cabinet de ville, 40 à 65 ans. 9min 43s.

- 1 Loïc : Pour reprendre le questionnaire, est-ce que tu veux bien me parler d'un cas d'appendicite ?
- 2 P9 : Carla, c'est une jeune fille qui a 13 ans maintenant, que je connais bien et qui je sais est dure au mal, quand
3 elle se tord de douleur, c'est qu'elle a vraiment mal. Ses parents l'avaient envoyée aux urgences d'abord, et les
4 urgences l'avait renvoyé à la maison en disant que ce n'était rien, donc elle est venue me voir le lendemain, donc
5 je l'ai examiné et j'en suis arrivée à une appendicite. Donc je l'ai renvoyée à l'hôpital en disant que c'était une
6 appendicite, à l'hôpital ils ont fait comme d'habitude un examen et un scanner qui n'a rien montré, donc ils l'ont
7 gardée 24h et le lendemain, devant l'insistance et la persistance des douleurs ils ont quand même décidé
8 d'intervenir, ils ont continué à dire qu'il n'y avait pas d'appendicite et par contre les douleurs ont disparu après
9 l'intervention, et quand j'ai reçu l'anapaf, ça a montré une appendicite aigüe. Donc j'étais fière de moi.
- 10 L : Donc justement sur ton examen, qu'est-ce que tu recherches en particulier pour poser le diagnostic ?
- 11 P9 : Il y a la douleur de la fosse iliaque droite avec une petite défense, il y a une langue saburrale et un fébricule
12 à 38°.
- 13 L : Et sur la douleur, est-ce que tu arrives à expliquer un petit peu ce que tu recherches à la palpation ?
- 14 P9 : Je cherche au Mc Burney, en général, j'ai eu des appendicites sous hépatiques aussi et rétro caecal d'ailleurs,
15 un peu moins évidentes, mais bon ça m'est arrivé. Et puis bon si j'ai vraiment un gros doute je demande une
16 num' en urgence pour voir s'il y a une hyper leucocytose ou pas.
- 17 L : C'était un peu la question suivante, quel bilan clinique ou paraclinique fais-tu ? Dans la biologie, échographie,
18 scanner derrière et quelle importance ?
- 19 P9 : L'échographie, c'est très échographiste dépendant, ce n'est pas un très bon examen je trouve, le scanner tu
20 ne les as pas en urgence, donc ce n'est pas la peine. Je me base uniquement sur la clinique et si j'ai un doute je
21 demande une biologie pour une hyper leucocytose ou pas, et ça s'arrête là.
- 22 L : Du coup après, comment tu connaissais ton patient ? Dans quelle mesure ?
- 23 P9 : La petite ? Je la connais depuis qu'elle est petite. Depuis ses deux ans, je la suis elle et sa famille, ainsi que
24 ses grands-parents, en bref le médecin de famille quoi.
- 25 L : Et est-ce que pour toi le fait de la connaître ça a été important pour t'aider à poser ton diagnostic ?
- 26 P9 : Disons que non parce que je l'aurais posé quand même le diagnostic, la seule différence c'est que
27 connaissant la gamine, je sais très bien qu'elle ne se plaignait pas pour rien. Parce que bon les gosses tu te dis
28 que ça exagère etc. Celle-là ce n'est pas le style. C'est la gamine qui, elle m'a fait une maladie de Sever bilatérale
29 aux deux pieds, et avant qu'elle me dise qu'elle avait mal aux pieds, il s'est passé du temps.
- 30 L : Oui donc c'est plus sur l'impression de la douleur. Après sur une des parties de la thèse et sur des entretiens
31 qui ont été fait avant ma thèse et sur des entretiens de la thèse, certains ont parlé de l'utilisation de ce qu'ils
32 appellent l'instinct, tout le monde a une définition un peu différente, ou de la conviction, pour aider au diagnostic
33 de l'appendicite. Qu'est-ce que toi tu en penses ?
- 34 P9 : L'instinct non je ne pense pas, je pense que tu parles d'expérience plutôt, de quelque chose que tu apprends
35 avec le temps, moi j'ai fait un an de chirurgie générale au départ, j'ai opéré des appendicites, donc je sais de quoi
36 je parle. J'avais un patron qui justement m'avait fait les signes douleur de la fosse iliaque, etc... il mettait « +, +,
37 + » et il me disait, si tu as un seul moins, ce n'est pas une appendicite. Une douleur en fosse iliaque droite avec
38 la température s'il n'y a pas une langue saburrale, ce n'est pas une appendicite. Et je me suis toujours basée là-
39 dessus et je ne me suis jamais trompée.
- 40 L : Par rapport à toutes les questions dont on a parlé, est-ce que tu as quelque chose à ajouté, ça t'a fait penser
41 à quelque chose en particulier ?

42 P9 : Non, la seule chose que je regrette c'est que justement actuellement ils font passer les examens secondaires
43 avant la clinique et qu'ils n'opèrent plus sur uniquement un sens clinique, il leur faut un scanner. Mais c'est pareil
44 pour les diverticulites d'ailleurs. Moi J'en ai hospitalisé une samedi, et ils ont attendu pour faire le scanner, et
45 bien elle n'était plus en diverticulite mais en péritonite. Il s'est retrouvé en réa, bon en plus il avait fait un
46 infarctus avant... Parfois je trouve qu'attendre d'avoir une place pour un scanner, parfois c'est attendre 24h en
47 refroidissant une appendicite, c'est un truc qui ne me convient pas. Pour moi une appendicite ça a toujours été
48 une urgence médicale, une urgence chirurgicale donc à opérer rapidement et qu'attendre c'est prendre le risque
49 d'une péritonite et que ça ce n'est peut-être pas top. Et maintenant, ils veulent tous des scanners, je ne sais pas
50 pourquoi.

51 De toutes façons la biologie ils l'auront, puisqu'en préopératoire ils la faisaient à l'époque, pour le scanner, je ne
52 vois pas la nécessité du scanner, si ce n'est foutre des rayons à un gamin. Si la clinique est là je ne vois pas
53 pourquoi on aurait besoin de ça.

54 L : Ok bah très bien, je te remercie.

8. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

APOLDA (Loïc) – « Une douleur abdominale complexe » : Processus de diagnostic d'une appendicite lors d'une consultation en urgence et le rôle que peut y jouer le gut feeling.

Th. : Méd. : BREST 2019

RESUME :

Introduction : Diagnostiquer une appendicite aigüe aux urgences est un acte complexe du fait d'une sémiologie polymorphe. Le but de cette étude était d'évaluer le rôle du sens de l'alarme dans le diagnostic de l'appendicite aigüe.

Méthode : Etude qualitative par entretien semi dirigés de praticien auprès de médecins généralistes, pédiatres, et urgentistes. L'échantillon a été recruté en respectant le principe de variation maximale. Le guide d'entretien portait sur les circonstances ayant conduit à la suspicion d'une appendicite chez un patient. Une analyse thématique a été réalisée par deux chercheurs de façon indépendante.

Résultats : 9 entretiens ont été réalisés entre novembre 2018 et février 2019. La suspicion de l'appendicite était la somme de plusieurs éléments : une douleur complexe associée à un examen clinique objectivant un point d'appel abdominal, l'absence d'argument pour un diagnostic différentiel, une attitude inhabituelle du patient et un sentiment que quelque chose ne va pas décrite comme liée à une expérience antérieure.

Discussion : Le sens de l'alarme dans le contexte spécifique d'une appendicite aigüe dans les soins primaires oriente la prise en charge diagnostique. Ce sentiment d'alarme a été également utilisé comme un outil pour éviter des erreurs diagnostiques d'appendicites.

MOTS CLES :

GUT FEELING

APPENDICITE

URGENCE

MEDECINE GENERALE

PEDIATRIE

JURY :

Président : Professeur BERTHOU CHRISTIAN

Membres : Docteur BARAIS MARIE

Docteur ZIRO MYRIAM

Docteur GUILLEMOT HERVE

Docteur CHIRON BENOIT

DATE DE SOUTENANCE : 26/09/2019