

Question : Peut-être un peu trop bercé par les récits de marins se faisant ôter l'appendice avant un grand voyage, je me suis toujours demandé quel risque "objectif" nous pouvions prendre en spéléo en général et en expédition en particulier.

Une fois la crise d'appendicite aiguë déclarée quel délai avant de passer la longe à gauche ? Quel traitement en attendant une intervention chirurgicale ? Quel état du spéléo, valide ou non ? Quelle prévention ?

Question effectivement épineuse...

Le délai avant les problèmes sérieux est très variable, de quelques heures à quelques jours (en moyenne 24 à 48h). L'appendicite est anatomiquement un abcès d'un petit diverticule du fond du colon droit, d'où la classique douleur de la fosse iliaque droite. S'y associent nausées, vomissements, constipation, petite fièvre. Mais le tableau clinique est hélas souvent très trompeur et le diagnostic souvent très difficile malgré l'apparente banalité du problème.

Qui dit abcès dit présence d'un liquide purulent (beurk) dans cet appendice, que seule la chirurgie pourra évacuer, dans un délai le plus court possible, mais qui peut être encore différé si on n'a pas de chirurgien sous la main. Sinon c'est la fissuration et l'éclatement, avec alors la non moins classique péritonite. Là cela devient franchement la cata..., qui nécessite cette fois une intervention d'extrême urgence. Bonjour l'ambiance!

Il n'y a pas de prévention en tant que telle, si ce n'est éviter la constipation qui pourrait favoriser la stase des matières fécales dans cet appendice.

Les douleurs de la fosse iliaque droite sont en général dues à plein d'autres causes que l'appendicite en pratique courante: colopathie, affection urologiques, gynécologiques, etc. Le caractère permanent et s'aggravant régulièrement (même si une accalmie momentanée de quelques heures s'observe classiquement), associé à une douleur à la palpation locale est sûrement le symptôme d'alerte. Il ne reste plus qu'à trouver la structure d'accueil!!

En attendant l'intervention on peut toujours mettre de la glace ou de l'eau froide sur la fosse iliaque (sac plastique entouré d'un linge) pour "refroidir" l'inflammation et retarder une éventuelle complication perforative. Dans la perspective d'une évacuation longue (type expédition outre mer) il est licite d'utiliser des antibiotiques pour limiter les dégâts, mais ce n'est bien sûr qu'un pis-aller qui ne doit surtout pas retarder l'évacuation.

Pour les marins le risque paraît nettement plus important que pour les spéléos, car même si la présence des balises de secours a probablement transformé le problème, il n'est pas forcément facile de retrouver et d'évacuer un navigateur solitaire...

Ne connaissant strictement rien à la médecine de haute mer je ne répondrai pas pour ce cas précis. Il me semble cependant que cette appendicectomie préventive n'a plus beaucoup de supporters! Le risque actuel d'une crise lors d'une croisière étant sûrement inférieur à un risque anesthésique et chirurgical pris sans nécessité vitale. Je ne suis pas sûr qu'un chirurgien accepterait ce risque, sauf exception.

Pour le spéléo moyen, il n'y a bien sûr aucune raison de se faire opérer, les moyens médico-chirurgicaux étant accessibles "sans problème" quel que soit l'endroit où l'on est, même dans les coins perdus outre mer.

Le problème se situe à mon avis à 2 niveaux:

1) délai d'alerte: cela nécessite une possibilité d'alerter des secours par téléphone ou radio. Et le problème d'un bivouac souterrain isolé n'est pas réglé...

2) délai nécessaire à l'évacuation, selon les difficultés locales d'approche. C'est sûr, Bornéo et Florac ne jouent pas dans la même catégorie...!

Cela revient donc à ne pas négliger les douleurs abdominales (de toute façon la douleur appendiculaire ne vous laisse que rarement la négliger...), à ne pas descendre sous terre avec une douleur pas bien étiquetée, en répétant que celle-ci est rarement appendiculaire, ou à remonter dès qu'un symptôme inhabituel arrive (et ça c'est valable pour d'autres choses).

Voilà quelques modestes éclaircissements sur un problème qui n'a pas fini de faire couler de l'encre!

Jean-Pierre Buch
SCSP Alès
Comed - SSF 30

Question : Peut-on opérer sous terre? Car si l'on se trouve à une dizaine d'heures de l'entrée avec 500 mètres de puits, puis deux heures de marche d'approche en montagne (de nuit dans le brouillard donc pas d'hélico), je pense qu'il est difficile de remonter pendant une crise d'appendicite. S'il est possible d'opérer dans ces conditions, le médecin a t'il le temps d'atteindre le malade, en comptant la remontée du type qui donne l'alerte, la recherche du médecin capable de descendre, etc... (j'ai des doutes)

Réponse 1:

Une expérience chirurgicale a été faite a titre expérimental dans les années 70, si je ne m'abuse l'ablation de la rate chez un chien, dans les galeries sèches de Gournier. Cela a montré que "c'était possible", mais cela n'a jamais été refait. Les guillemets mis à l'expression "sans problème" sont effectivement là pour souligner les difficultés devant une telle situation. j'avoue ne pas avoir de réponse toute prête, tout étant affaire de circonstances. Dans les annales du SSF il n'y a jamais eu ce problème, et je pense que personne n'aimerait être confronté à la situation que tu dépeins. Mais on peut éventuellement imaginer une intervention sous terre... et dans un délai peut être raisonnable...

Jean-Pierre Buch

Réponse 2:

L'idée d'une intervention préventive n'est guère recevable : pour toute action de prévention, il faut évaluer le rapport bénéfice/risque, qui est assez bas dans ce cas. Il existe en effet des risques à l'anesthésie, et des risques opératoires qu'il n'est pas licite de courir pour une pathologie non avérée. Pour ce qui est de la chirurgie sous terre, il y a quelques situations où elle peut être indispensable (qui ne se sont pas encore produites, pourvu que ça dure...), et on connaît quelques chirurgiens pratiquant la spéléo, au cas où. Mais devant les difficultés à mettre ça en place (il faut du personnel, du matériel, de la place, ...), il vaut mieux miser sur une réanimation "musclée" si besoin et si possible en attendant l'évacuation.

Jean-Michel Ostermann
Président Comed

Question : soyons clair, dans le cas présent (exploration aux Partages), le toubib ne sera auprès de « l'appendouillé » que 48 h après le début de la crise, que faire alors en attendant ? Quels médicaments ? Ceci pour prévoir le nécessaire dans une pharmacie d'expédition.. Une chose me chiffonne quand même, sans faire de "télémédecine", kèskonfè si on se choppe une grosse crise d'appendicite au bivouac à 20 heures de la sortie ? Temps de survie, médicaments à filer en attente ?

Réponse 1 :

Je pense que la seule solution est de déclencher un secours...
Comme le disait Jean Michel Ostermann, il s'agira de mettre en place une réanimation "musclée" et non conventionnelle, avec antibiotiques injectables, et glace sur le ventre.
Le reste est affaire de circonstances et aucun délai pronostique ne peut être fixé.
Désolé de ne pouvoir être plus clair...

Jean-Pierre Buch

Réponse 2 :

Ca ferait partie des situations à tendance catastrophique auxquelles nous sommes tous exposés sous ou sur terre. Il n'y a pas grand chose à faire :

1/ envoyer une équipe prévenir les secours

2/ faire un point chaud pour le malade, tenter de le rassurer, le soulager avec les traitements disponibles éventuellement (Paracetamol,...)

Pour le temps de survie, il dépend de nombreux facteurs. La plupart des appendicites évoluent, sans traitement, vers la péritonite, laquelle évolue vers le choc septique, lequel évolue vers le décès, mais on a pas tellement de recul, vu qu'on fait en principe opérer nos patients....

Mais ne te polarise pas sur l'appendicite, beaucoup d'autres « emmerdements » peuvent arriver et aboutir à la même situation : pancréatite, sigmoïdite, perforation d'ulcère, cholécystite, pyélonéphrite,.....

Sans compter tout ce qui est traumatologique : trauma crânien , pneumothorax, fracture du fémur, rupture de rate... C'est d'ailleurs dans cette rubrique que la CoMed a répertorié quelques cas où l'on pense qu'une chirurgie aurait peut être pu.....

Jean-Michel Ostermann