

Appendicectomie vs antibiotiques en cas d'appendicite aiguë chez l'enfant

Message clé

- Une récente étude randomisée, portant sur 936 enfants âgés de 5 à 16 ans et souffrant d'une appendicite aiguë non compliquée, a comparé une prise en charge non chirurgicale moyennant l'administration intraveineuse d'antibiotiques à une appendicectomie directe⁴. L'étude a révélé que 34 % des enfants traités par antibiotiques ont quand même eu besoin d'une appendicectomie dans l'année. Le groupe n'ayant pas subi d'opération a enregistré un rétablissement plus rapide et une moindre nécessité d'analgésie.
- Bien que les antibiotiques puissent éviter l'opération dans de nombreux cas, une évaluation minutieuse du « pour » et du « contre » s'impose au vu du risque réel d'intervention ultérieure. Le choix de traitement doit dès lors être fait en concertation avec les prestataires de soins, le patient et sa famille.

Introduction

- Chez l'enfant, l'appendicite est la première cause de douleurs abdominales aiguës entraînant une hospitalisation. Bien qu'elle soit actuellement le traitement de référence, l'appendicectomie est de plus en plus souvent controversée ces dernières années.^{2,3} Jusqu'il y a peu, nous ne disposions pas d'études randomisées à grande échelle chez l'enfant. Une étude observationnelle de vaste envergure avait certes été menée en 2020, concluant que 67 % des enfants qui avaient reçu une antibiothérapie par voie intraveineuse avaient pu échapper à l'opération.⁴
- Les adultes ont, eux, déjà fait l'objet d'études randomisées. D'après une revue Cochrane (13 RCT), aucune opération n'a été nécessaire dans l'année suivant un traitement par antibiotiques dans environ 70 % des cas, mais le niveau de certitude des preuves est très faible.⁵

Conception de l'étude

- L'étude a été menée auprès de **936 enfants âgés de 5 à 16 ans**, issus de 11 hôpitaux au Canada, aux États-Unis, en Finlande, en Suède et à Singapour. Les enfants ont été suivis pendant une année. Il s'agissait d'une **étude ouverte randomisée de non-infériorité**, qui a inclus des enfants avec suspicion d'**appendicite non perforée** sur la base d'un diagnostic clinique, éventuellement étayé par l'imagerie.
- Les enfants ont été répartis de manière aléatoire entre un groupe recevant des antibiotiques et un groupe subissant une appendicectomie. Les antibiotiques ont été administrés à l'hôpital par voie intraveineuse, puis poursuivis à domicile par voie orale pendant 10 jours. Le choix de l'antibiotique dépendait des directives locales.
- Le **critère d'évaluation primaire** était l'**échec thérapeutique** dans l'année suivant la randomisation. Pour le **groupe antibiotiques**, cela signifiait la nécessité d'une appendicectomie ou d'une intervention liée dans l'année suivant la première consultation. Pour le **groupe appendicectomie**, l'échec thérapeutique était défini par le constat d'un appendice normal pendant l'opération ou par la nécessité d'une intervention supplémentaire. Les critères d'évaluation secondaires étaient la survenue de complications et la durée d'hospitalisation.
- Il a été admis qu'une différence de 20 % d'échec thérapeutique entre les 2 groupes serait « cliniquement significative ».

Résultats en bref

- Critère d'évaluation primaire :
 - Un échec thérapeutique est survenu chez 34 % des enfants du groupe antibiotiques (153 sur 452) contre 7 % des enfants du groupe appendicectomie (28 sur 394). Cela représente une différence de 26,7 % (IC à 90 % de 22,4 à 30,9). Cette différence étant supérieure à la marge postulée de 20 %, l'antibiothérapie était dès lors « **inférieure** » à l'appendicectomie.
- Critères d'évaluation secondaires :

- Aucune complication grave ne s'est produite dans aucun des deux groupes.
- Un rétablissement plus rapide a été observé chez les enfants initialement traités par antibiotiques. Par rapport aux enfants ayant subi une appendicectomie, ils ont pu reprendre leurs activités normales plus rapidement (en moyenne après 1 jour, contre 4 jours), ils sont plus vite retournés à l'école (2 jours contre 3 jours) et ils ont eu moins souvent besoin d'analgésiques (0 jour contre 3 jours). En revanche, ils sont restés en moyenne 0,25 jour de plus à l'hôpital.

Conclusion et commentaires

- L'étude discutée dans cet article, qui couvre une période d'une année, indique qu'une prise en charge non chirurgicale, moyennant l'administration intraveineuse d'antibiotiques, d'une appendicite aiguë non compliquée chez l'enfant peut éviter l'opération dans 66 % des cas tout en accélérant le rétablissement des jeunes patients. Un enfant sur trois devra malgré tout subir une intervention. L'antibiothérapie a été jugée **inférieure** à l'appendicectomie en ce qui concerne le critère d'évaluation primaire. D'après l'auteur du commentaire correspondant dans *The Lancet*, la conclusion est que - dans les pays à revenu élevé - les antibiotiques sont inférieurs à l'appendicectomie en cas d'appendicectomie non compliquée chez l'enfant. L'auteur précise cependant que cette conclusion ne s'étend pas nécessairement aux enfants des pays à faible revenu.
- Le choix du traitement le plus approprié doit toujours être fait en concertation avec les prestataires de soins, le patient et sa famille. En cas de doute sur le diagnostic ou de peur de l'intervention, le choix peut ainsi se porter sur une antibiothérapie.
- Les principaux avantages de cette étude sont le grand nombre de patients inclus et la randomisation stratifiée selon le sexe, l'hôpital et la durée des symptômes. Une mise en aveugle est impossible dans un tel contexte.
- À l'heure actuelle, les **sources d'aide à la décision fondées sur des données probantes** ne s'accordent pas sur la prise en charge : certains privilégient l'appendicectomie (DynaMed)², tandis que d'autres laissent aussi place à l'antibiothérapie. D'après *BMJ Best Practice*, un traitement par antibiotiques intraveineux peut ainsi être démarré, en concertation avec un chirurgien pédiatrique, chez un enfant souffrant d'appendicite aiguë non compliquée.³

Sources

- 1 St Peter SD, Noel-MacDonnell JR, Hall NJ, et al. Appendicectomy versus antibiotics for acute uncomplicated appendicitis in children: an open-label, international, multicentre, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet* 2025;405(10474):233-240. Met Comment in *Lancet* 2024;405:176-8 (doi: 10.1016/S0140-6736(25)00096-0)
- 2 Appendicitis in Children - DynaMed. (n.d.). <https://www.dynamed-com.gateway2.cdih.be/condition/appendicitis-in-children>. Consulté le 04/03/2025.
- 3 Acute appendicitis - Treatment algorithm | *BMJ Best Practice*. (n.d.). <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000094/treatment-algorithm>. Geraadpleegd op 04/03/2025.
- 4 Minneci PC, Hade EM, Lawrence, AE, et al. Pediatric Surgery Consortium (2020). Association of nonoperative management using antibiotic therapy vs laparoscopic appendectomy with treatment success and disability days in children with uncomplicated appendicitis. *Jama* 2020;324(6):581-593.
- 5 Doleman, B., Fonnes, S., Lund, J. N., Boyd-Carson, H., Javanmard-Emamghissi, H., Moug, S., ... & Williams, J. P. (2024). Appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024, Issue 4. Art. No.: CD015038. DOI: 10.1002/14651858.CD015038.pub2.

Colophon

Les *Folia Pharmacotherapeutica* sont publiés sous l'égide et la responsabilité du *Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique* (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) a.s.b.l. agréée par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Les informations publiées dans les *Folia Pharmacotherapeutica* ne peuvent pas être reprises ou diffusées sans mention de la source, et elles ne peuvent en aucun cas servir à des fins commerciales ou publicitaires.

Rédacteurs en chef: (redaction@cbip.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) et
J.M. Maloteaux (Université Catholique de Louvain).

Éditeur responsable:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.