COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Les chirurgiens demandent de se présenter plus rapidement aux urgences.

Bruxelles, 10.04.2020 –

La Société Royale Belge de Chirurgie (RBSS) et le Groupe belge de Chirurgie Endoscopique (BGES) demandent à la population de ne pas attribuer trop facilement leurs propres symptômes à l'omniprésente pandémie de COVID-19 et demandent à leurs collègues généralistes de référer leurs patients aux urgences en cas de doute.

Nous avons remarqué que dans les hôpitaux belges, il y a eu beaucoup moins d’admissions de patients souffrant d'appendicite aiguë depuis le confinement et, plus alarmant, un nombre anormalement élevé d'entre eux présentent une péritonite, un plastron ou un abcès.

L'appendicite aiguë est l'urgence chirurgicale abdominale la plus fréquente. L’incidence est de 150 nouveaux cas / 100 000 habitants / an en Europe occidentale. Normalement, moins de 20% de ces cas est perforé au moment de l’opération. Une perforation se produit généralement rapidement, endéans les 48 heures et est causée par une augmentation de la pression intraluminale suivie d'une ischémie de la paroi appendiculaire. Au mieux, cela conduit à un plastron suivi ou non d'un abcès et au pire d'une perforation libre avec péritonite.

Le retard dans le diagnostic et le traitement a rarement un effet sur l'incidence des perforations, mais bien sur les conséquences cliniques de la perforation, le risque de complications per- et post-opératoires, la durée d'hospitalisation et la mortalité.

Le fait que la plupart des cas ne perforent pas se reflète dans le fait que la thérapie conservatrice fonctionne dans de nombreux cas. Cependant, comme il est impossible de prévoir quel cas va ou ne va pas perforer, l'appendicectomie est la pierre angulaire du traitement.

De ce fait, l'appendicectomie est l’opération abdominale urgente la plus fréquemment pratiquée en Belgique (+/- 15 000 / an).

L’opération est généralement effectuée par laparoscopie et est facile dans la plupart des cas. Le séjour à l'hôpital est court, les suites simples et le risque de complications graves très faible, sauf dans les cas perforés. La perforation majore donc réellement le risque de cette affection plutôt benigne.

Nous n'avons pas encore de chiffres précis, mais la perception de chaque chirurgien abdominal que nous avons consulté est qu'il y a moins d’appendicites aiguës dans tous les services de chirurgie digestive depuis le confinement mais que le pourcentage de cas compliqués est beaucoup plus élevé qu’avant.

Nous pensons que cela est dû à deux facteurs:

- La peur du COVID ressentie par les patients qui les empêche de se rendre à l'hôpital.

- La fréquence des plaintes abdominales chez les patients COVID-19, qui peut masquer une éventuelle appendicite et retarder un traitement adéquat.

Nous craignons que la crise du COVID-19 actuelle n'entraîne de dangereux retards de diagnostic et de traitement, ce qui est particulièrement pénible dans le cas d’appendicite: chez des patients souvent jeunes, un problème généralement banal se transforme en catastrophe potentielle avec des conséquences potentiellement mortelles.

Par conséquent, nous demandons de ne pas classer tous les cas de fièvre et de douleurs abdominales comme COVID-19. En cas de doute, les patients doivent toujours être envoyés aux services d’urgences.

Malheureusement, cela ne s'applique pas seulement à l'appendicite aiguë; de nombreux autres problèmes urgents ne se présentent plus aux urgences et se transforment en situations critiques, tant chirurgicales que non chirurgicales : AVC, infarctus, …

À l'heure actuelle, l'ensemble de notre système de soins se concentre à juste titre sur la réception et le traitement du COVID-19 mais cela ne devrait pas avoir comme conséquence que d’autres problèmes urgents soient négligés .

Dr. Charles de Gheldere Dr. Albert Wolthuis

Président RBSS président BGES