

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

N°.....

**THESE**

**PRISE EN CHARGE DES PERITONITES  
APPENDICULAIRES A L'HOPITAL DE  
SIKASSO**

Présentée et soutenue publiquement le 16/02/2018 devant la Faculté de  
Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. Moussa Oumar DIARRA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat).**

**Jury**

**PRESIDENT:** Pr Lassana KANTE

**MEMBRE:** Dr Moussa KANTE

**CO-DIRECTEUR:** Dr Amadou MAIGA

**DIRECTEUR:** Pr Bakary Tientigui DEMBELE

***Je rends grâce***

A **Allah**, le tout Puissant, le Miséricordieux, le Maître des destins de m'avoir guidé et surtout assisté, tout au long de mes études. Qu'Il guide d'avantage mes pas pour le reste de mon existence.

Je Lui rends grâce de m'avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail.

Je Vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements pour Votre clémence et miséricorde.

*“Il est ALLAH, Unique.*

*ALLAH, Le Seul à être imploré pour ce que nous désirons.*

*Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus.*

*Et nul n'est égal à Lui”.*

*ALLAH ! Point de divinité à part Lui, le Vivant, Celui qui subsiste par lui-même “al Qayyum”. Ni somnolence ni sommeil ne Le saisissent. A lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre. Qui peut intercéder auprès de Lui sans Sa permission ? Il connaît leur passé et leur futur. Et, de Sa science, ils n'embrassent que ce qu'Il veut. Son Trône “Kursiy” déborde les cieux et la terre, dont la garde ne Lui coûte aucune peine. Et Il est le Très Haut, le Très Grand.*

Ce travail est une infime partie de Tes immenses grâces.

***Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...***

***Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,***

***L'amour, le respect, la reconnaissance...***

***Aussi, c'est tout simplement que***

**Je dédie ce travail :**

***A mes très chers parents***

Aucun mot ne saurait exprimer ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance envers les deux personnes les plus chères à mon cœur ! Si mes expressions pourraient avoir quelque pouvoir, j'en serais profondément heureux. Je vous dois ce que je suis. Vos prières et vos sacrifices m'ont comblé tout au long de mon existence. Que cette thèse soit au niveau de vos attentes, présente pour vous l'estime et le respect que je voue, et qu'elle soit le témoignage de la fierté et l'estime que je ressens. Puisse ALLAH tout puissant vous procurer santé, bonheur et prospérité.

***A mon très cher père : Oumar DIARRA***

Aucun mot ne saurait exprimer tout mon amour et toute ma gratitude.

Merci pour tes sacrifices le long de ces années. Merci pour ta présence rassurante.

Merci pour tout l'amour que tu procures à notre famille...

Tu as toujours été pour moi la lumière qui me guide dans les moments les plus obscurs. En témoignage des profonds liens qui nous unissent, veuillez cher père trouvez à travers ce travail l'expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance. Puisse ton existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession. Puisse ALAH te prêter longue vie et bonne santé afin que je puisse te combler à mon tour.

***A ma tendre mère : Mawa DIARRA***

Je ne trouverai jamais de mots pour t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et surtout pour ta présence dans mes moments les plus difficiles, et si j'en suis arrivé là ce jour, ce n'est que grâce à ta

patience, tes souffrances, tes longues nuits de prière. Tu m'as toujours conseillé et orienté dans la voie du travail et de l'honneur, ta droiture, conscience et amour pour la famille me serviront d'exemple dans la vie. Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la fierté d'être le fils.

Puisse ce jour être la récompense de tous les efforts et l'exaucement de tes prières tant formulées.

Qu'ALLAH te garde longtemps près de nous.

***A ma très chère épouse : Sitan SANGARE***

Aucune dédicace, aucun mot, ne sauraient exprimés le profond amour et l'immense respect que je te porte. Je te remercie pour ta patience, ta compréhension et ton soutien. Qu'ALLAH Le Tout Puissant nous procure une vie heureuse pleine de bonheur. Du plus profond de mon cœur je te dis Merci.

***A mes frères et sœurs***

Adama (Damo), Seydou, Djenebou, Magniné, Chata, Rokia, Salifou, Soungalo, Adama, Alhassane, Minata, Kadiatou

Cette thèse est le fruit de vos efforts, vos prières, vos privations recevez toute ma reconnaissance. Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

***A mon fils ALY DIARRA*** Qu'ALLAH t'accorde longue vie et réussite

***A la mémoire de mes grands-parents, ma tante (Mariam Koné) et mon grand frère (Madou DIARRA)***

Le destin ne nous a pas laissé le temps pour jouir ce bonheur ensemble et de vous exprimer toute mon affection et mon respect.

Puisse ALLAH Le tout puissant, assurer le repos de vos âmes par sa sainte miséricorde.

***A mon grand-père et père Salim SANGARE :***

Tu as été un père adoptif pour moi.

La sagesse de tes conseils, la confiance et l'attention avec lesquelles tu m'as assisté me resteront inoubliables ; ce travail est le fruit de tes conseils.

***A la famille de feu Zacaria Dao à Bouaké***

Permettez-moi de vous témoigner tout le respect que vous méritez ainsi que ma profonde affection. Merci pour votre soutien durant les moments difficiles.

Puisse ce travail être le témoignage de mes sentiments sincères, je vous souhaite bonheur et santé et surtout merci pour avoir toujours supporté mes caprices. Je vous souhaite tout le bonheur du monde ;

***A mes chères tantes, leurs époux et leurs enfants, A mes chers oncles, leurs épouses et leurs enfants***

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance sincères que j'ai pour vous. Que ce travail soit un témoignage de mon affection, je vous le dédie pour tous les moments que nous avons passés ensemble. Je prie ALLAH le tout puissant de vous accorder santé, bonheur et succès.

***A mes cousins et cousines : sans exception***

Sauvegardons l'esprit d'unité qui règne entre nous. « L'union fait la force ».

***A tous mes Amis(e)***

dont je me garde de citer des noms par craintes d'en omettre, la bonne amitié dont vous avez su faire preuve m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme à tout bonheur, succès, et réussite.

## **REMERCIEMENTS**

### **Mes sincères remerciements**

**Aux Familles :** Salim SANGARE à Bamako ; KONATE à Sikasso; Bourama SANGARE à Kadiolo. Feu Zacaria DAO à Bouaké

Vous m'avez chaleureusement accueilli dans vos familles respectives. Vos conseils, vos encouragements, vos soutiens moraux et matériels ne m'ont jamais manqué. Que le seigneur soit toujours avec vous. Amen !

### **A Tous mes enseignants du Primaire à la Faculté de Médecine et Odontologie:**

Pour l'Education, l'enseignement et le savoir que vous m'avez donné.

*A mes chers amis, camarades et collaborateurs :* Dr SANGARE Daouda et Famille, Dr SANOGO Abdoulaye, Dr Sacko Mamahadou, Fatoumata Yaya TRAORE, Dr Diawara Youssouf, Dr Ousmane TRAAORE, Dr Sangaré Sekou Sala et famille, Dr DIALLO Coumba D, Dr Mariam Diamouténé, Dr Drissa SANOGO , Dr SANGARE Zoumana, Salia SANOGO, Sékou Issa COULIBALY, Adama KAREMBE et famille ,Mariam B KONE, Niamoye TOURE,

Pour le lien sacré de l'amitié qui nous lie, je vous serai toujours reconnaissant pour le service rendu. Trouvez ici mes sincères remerciements

### *A mes encadreurs chirurgiens à l'hôpital de Sikasso :*

Dr DIALLO Aly Boubacar, Dr MAIGA Amadou, Dr TRAORE Salifou Dr TOURE Layes, Dr DEMBELE Ousmane, Dr TRAORE Bathio, Dr DIASSANA Moussa, Dr TRAORE Terna, Dr SIDIBE Oumar.

Votre amour du travail bien fait, votre courage et votre rigueur dans le travail font de vous des exemples à suivre.

Votre simplicité et votre abord facile m'ont facilité l'apprentissage à vos coté.

Merci Pour votre sympathie et les enseignements reçus, recevez ici toute ma reconnaissance.

***A tous les médecins de l'hôpital de Sikasso :*** Pour votre collaboration

***A mes aînés du service :*** Dr BOUGOUDOGO Issa, Dr OUATTARA Tidiane, Dr DEMBELE Chaka, Dr BALLO Emmanuel, Dr BAH Sadio, Dr COULIBALY Mamadou, pour vos précieux conseils

***A Mes camarades et complices thésards du service:*** Dr DEMBELE MAMADOU, KEITA Sekou Sala, NIANG Mamadou, TRAORE Yaya, SISSOKO Mohamed, DIARRA Siaka, DAKOUO Daniel.

Les mots me manquent pour exprimer ici toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude. L'amour du prochain, l'entraide, la confiance mutuelle et le respect observés me seront à jamais gardés dans l'esprit.

Que le seigneur, nous accorde longue vie pour que nous puissions réaliser nos projets ensemble.

***A tout le personnel du CRLD (Centre de Recherche et de Lutte contre la Drepanocytose)*** pour le soutien et votre sympathie.

***A tous les thésards de l'hôpital de Sikasso***

***A tous le personnel du bloc opératoire***

***Au personnel paramédical des services de chirurgie et des urgences de l'hôpital de Sikasso :*** Mme konaté Namissa Keita, Mme Assatou DIARRA, Mme Sacko Awa Wélé Diallo, Mme Fatoumata Sanogo, Mme Drago Madelène, Mme Koné Fatoumata KONE, Mme Sangare Moussokoro TRAORE M. Mamoutou KEITA. Pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe.

***Aux Anesthésistes - Réanimateurs :*** Dr KANTÉ Moussa et son équipe Recevez mes sincères remerciements pour votre esprit de franche collaboration.

***A toute la promotion 2008-2011 de l'INFSS de Sikasso***

***Au gardien et administration de l'INFSS de Sikasso***

***A tout le personnel de l'hôpital de Sikasso*** : merci pour votre soutien.

***A l'administration de l'hôpital de Sikasso***: Recevez par ce modeste travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

***A nos voisins du Point G*** : Pour votre hospitalité durant le temps passé ensemble.

**Aux associations** : **ADERS** (Amical des Etudiants Ressortissants de la 3ème Région et Sympathisants) et Au **CESKA** (Collectif des Etudiants en Santé de Kadiolo) **AERGS** (Association des Etudiants Ressortissants du GANADOUGOU et Sympathisants) **ADCN** (l'Association pour le Développement de la Commune de N'tjikouna)

Recevez mes sincères remerciements. Que Dieu accorde longue vie à ces associations afin de contribuer à la formation de bons leaders au service de l'état.

**A toutes la population de la région de Sikasso**

**A notre promotion** “ 7<sup>ème</sup> promotion du numerus clausus” « PROMOTION ALIOU BAH »

**A tout le corps professoral de la FMOS.**

**A Chère patrie le Mali**, Pour le service rendu, que la paix et la prospérité puissent te recouvrir.

**A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de mes rêves.**

**A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.**

**A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.**



## **A NOTRE MAITRE PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Lassana KANTE**

- **Maître de conférences agrégé à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien hospitalier au CHU. Gabriel TOURE**
- **Chef de service adjoint**
- **Membre de la société malienne den chirurgie (So.Chi.Ma.)**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF)**

Cher maître, Vous nous faites un grand honneur et un immense plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités pédagogiques, votre humeur constamment joviale, votre disponibilité, votre simplicité et votre grande humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Nous vous prions de trouver ici cher maître le témoignage de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur KANTE Moussa**

- **Médecin anesthésiste-réanimateur**
- **Praticien hospitalier à l'hôpital de Sikasso**
- **Master en vaccinologie pratique**
- **Membres de la société d'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU Mali)**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation d'Afrique noire francophone (SARANF)**
- **Chargé de cours d'anesthésie réanimation à l'INFSS de Sikasso**
- **Chargé de recherche de l'enseignement supérieur et de recherche scientifique**
- **Chef de service anesthésie réanimation de l'hôpital de Sikasso**

Cher maître,

Nous avons été marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de joindre le jury de cette thèse.

Vos grandes qualités de formateur jointes à votre esprit communicatif et votre courtoisie font de vous un homme exceptionnel. Nous avons admiré vos qualités scientifiques et humaines tout au long de ce travail. Votre accueil fraternel fait de vous un exemple à suivre.

Trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Docteur Amadou MAIGA**

- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Praticien hospitalier au service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE**
- **Membre du W.A.C.S (West African College of Surgeons);**
- **Membre de la société malienne de chirurgie (So.Chi.Ma.)**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF)**
- **Initiateur des enseignements post universitaires à l'hôpital de Sikasso.**
- **Chargé de recherche de l'enseignement supérieur et de recherche scientifique**

Cher Maître,

Transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable.

En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Pendant tout notre séjour dans le service, nous avons été émerveillé par votre façon de travailler, vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et très méthodique

Nous garderons de vous l'image d'un homme, respectueux, courageux et modeste.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire.

Que le tout Puissant Allah vous aide à aller jusqu'au bout de vos ambitions professionnelles.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

**Professeur Bakary Tientigui DEMBELE**

- **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU. Gabriel TOURE**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de la Santé**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (So.Chi.Ma)**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone (ACAF)**

Cher maître,

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous aviez placée en nous, pour effectuer ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre assiduité, votre ponctualité, votre amour du travail bien fait, votre courage et vivacité font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique impose le respect et l'admiration de tous. Professeur nous vous envions et souhaiterons emboiter vos pas, bien que difficile. Vous nous avez impressionnés tout au long de ces années d'apprentissage: par la pédagogie, l'humilité, l'accessibilité dont vous faites preuve.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi Vos élèves. Nous, vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que le bon dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie.

### Sigles et abréviations

**AG** : anesthésie générale  
**AMG** ; arrêt des matières et des gaz  
**ASP** : abdomen sans préparation  
**Bko**: Bamako  
**Cm**: centimètre  
**Coll.** : collaborateur  
**CSCOM** : centre de santé communautaire  
**CSREF** : centre de santé de référence  
**ddl** : degré de liberté  
**ECB** : examen cyto bactériologique  
**H**:heure  
**Ha**: hectare  
**HTA** : hypertension artérielle  
**IK** : indice de KARNOSKY  
**INF** : inférieur à  
**IOT** : intubation oro trachéale  
**J** : jours  
**Km** : kilomètre  
**Mm**: millimètre  
**Mn** : minute  
**NFS** : numération formule sanguine  
**PAD** : pression artérielle diastolique  
**PAS** : pression artérielle systolique  
**PEC** : prise en charge  
**PLS** : produit labile sanguin  
**Sko**: Sikasso  
**SUP** : supérieur à  
**TDM**: tomodensitométrie  
**VAD** : visite à domicile  
< : Inférieur à  
> : Supérieur à  
°C : degré Celsius

## SOMMAIRE

I-INTRODUCTION .....	1
II-OBJECTIF.....	2
III-GENERALITES.....	3
Rappel anatomique du péritoine.....	3
Rappel anatomique de appendice.....	6
Rappel Physiopathologiques des péritonites appendiculaires.....	9
Rappel clinique.....	11
IV-METHODOLOGIE.....	14
V-RESULTATS.....	20
VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	43
VII-CONCLUSION ET RECOMANDATIONS.....	55
Références bibliographiques.....	57
Annexes.....	67

## I-INTRODUCTION

Les péritonites appendiculaires sont des complications de l'appendicite aiguë qui se caractérisent par la diffusion du processus infectieux à la cavité péritonéale réalisant ainsi une péritonite purulente généralisée ou localisée. Elle peut apparaître d'emblée ou faire suite au stade d'abcès appendiculaire [1].

La perforation est la rupture de la paroi de l'appendice mettant en communication son contenu septique avec la cavité péritonéale [2].

Les péritonites sont des urgences médico-chirurgicales car le pronostic peut être grave (dépend de l'âge du patient, de son état général et des tares associées, de l'étiologie et du délai de la prise en charge chirurgicale).

Malgré la couverture sanitaire efficace en occident, l'incidence des péritonites appendiculaires ne baisse pas (20/100000/an) [3].

De nombreuses études réalisées sur les péritonites par perforations digestives [4, 5, 6, 7] ont montré la prédominance des perforations appendiculaires.

Flum. DR et Al [8] aux USA en 2001 dans une étude rétrospective sur 63707 appendicectomies, a trouvé 25,85% de péritonite par perforation appendiculaire.

**En Europe** : Kraemer. M [9] en 2003 dans une étude prospective multicentrique dans 11 départements de chirurgie en Allemagne et en Autriche sur 519 cas d'appendicite a relevé 17,7% de péritonite par perforations appendiculaire.

**En Afrique** : Chavda. SK [10] au Kenya en 2005 dans une étude rétrospective et descriptive sur 289 patients gérés pour suspicion d'appendicite a trouvé 29,7% de cas de perforations appendiculaires avec une morbidité de 19,4% et une mortalité nulle.

**Au Mali** : de nombreuses études ont montré la prédominance des perforations appendiculaires dans les perforations digestives.

Camara B [4] en 2008 dans une étude rétrospective au CHU Gabriel Touré a trouvé 137 cas de péritonite appendiculaire constituant 33,25% des péritonites aiguës généralisées avec 15.3% de complications et un taux de mortalité à 0.7%.

Coulibaly E B [5] en 2014 dans une étude prospective portant sur 51 cas péritonites aiguës généralisées à Kayes a relevé 84,3% de perforations appendiculaires.

A Sikasso, aucune étude jusqu'ici n'avait été réalisée sur les péritonites appendiculaires. Cette absence de données sur cette pathologie en tant qu'une urgence abdominale classique, fréquente et grave, nous a motivé à réaliser ce travail.

Le but de notre travail a été d'étudier les spécificités de la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de SIKASSO.

## **II- OBJECTIFS**

### **2-1 Objectif général :**

Etudier les péritonites appendiculaires dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso

### **2-2 Objectifs spécifiques :**

- 1- Déterminer la fréquence de la péritonite appendiculaire à l'hôpital de Sikasso.
- 2- Décrire les aspects cliniques et para cliniques.
- 3- Identifier les principaux germes et leurs sensibilités aux antibiotiques.
- 4- Décrire les suites opératoires.
- 5 -Déterminer le coût de la prise en charge.



### III- GENERALITES

#### 3-1 Rappels anatomiques du péritoine

##### 3-1-1 Définition et description du péritoine : [16]

Le péritoine est une membrane séreuse annexée aux organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne c'est à dire à la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et à certains organes de l'appareil génito-urinaire.

Macroscopiquement, on reconnaît au péritoine comme toute séreuse :

- ❖ **Un feuillet pariétal** : appelé encore péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino-pelviennes. Le feuillet pariétal est doublé profondément dans toute son étendue par une couche de tissu cellulaire ou cellulo-adipeux appelée fascia propria.
- ❖ **Un feuillet viscéral** : ou péritoine viscéral, constitue le revêtement séreux des organes abdomino-pelviens.
- ❖ **Des replis membraneux** : ou replis péritonéaux, relient le péritoine pariétal au péritoine viscéral. Ils engainent les pédicules vasculo-nerveux qui vont de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse. Est appelé <<méso>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un segment du tube digestif. Est appelé <<ligament>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un organe intra abdominal ne faisant pas partir du tube digestif. Est appelé <<épiploon>> un repli joignant le péritoine viscéral de deux organes intra abdominaux.

##### 3-1-2 Vascularisation du péritoine : [17, 18]

- Le péritoine pariétal est vascularisé de haut en bas par des branches des artères intercostales, lombaires, épigastriques, circonflexes, artères issues directement de l'aorte et de l'artère iliaque externe.

-Le péritoine viscéral est vascularisé par les branches de division des troncs cœliaques et mésentériques.

-Le retour veineux viscéral se fait par les veines mésentériques qui collectent le sang en direction de la veine porte.

Il n'y a pas de circulation lymphatique propre à la séreuse péritonéale, seul le dispositif juxta- diaphragmatique fait de fenêtres mésothéliales permet le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers les lymphatiques diaphragmatiques, le canal thoracique et la circulation générale.

### 3-1-3 Innervation du péritoine : [19]

Elle est très inégalement répartie, et on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement :

- Le diaphragme (hoquet)
- Le nombril (cri de l'ombilic)
- Le cul- de sac de Douglas (cri de Douglas)

### 3-1-4 Anatomie topographique de la cavité abdominale : [20]

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin, elle empiète en haut la cage thoracique (région thoracoabdominale), elle continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino- pelvienne). La racine du méso cœlon transverse tendue transversalement d'un hypocondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous – méso coliques. (Voir fig. I)

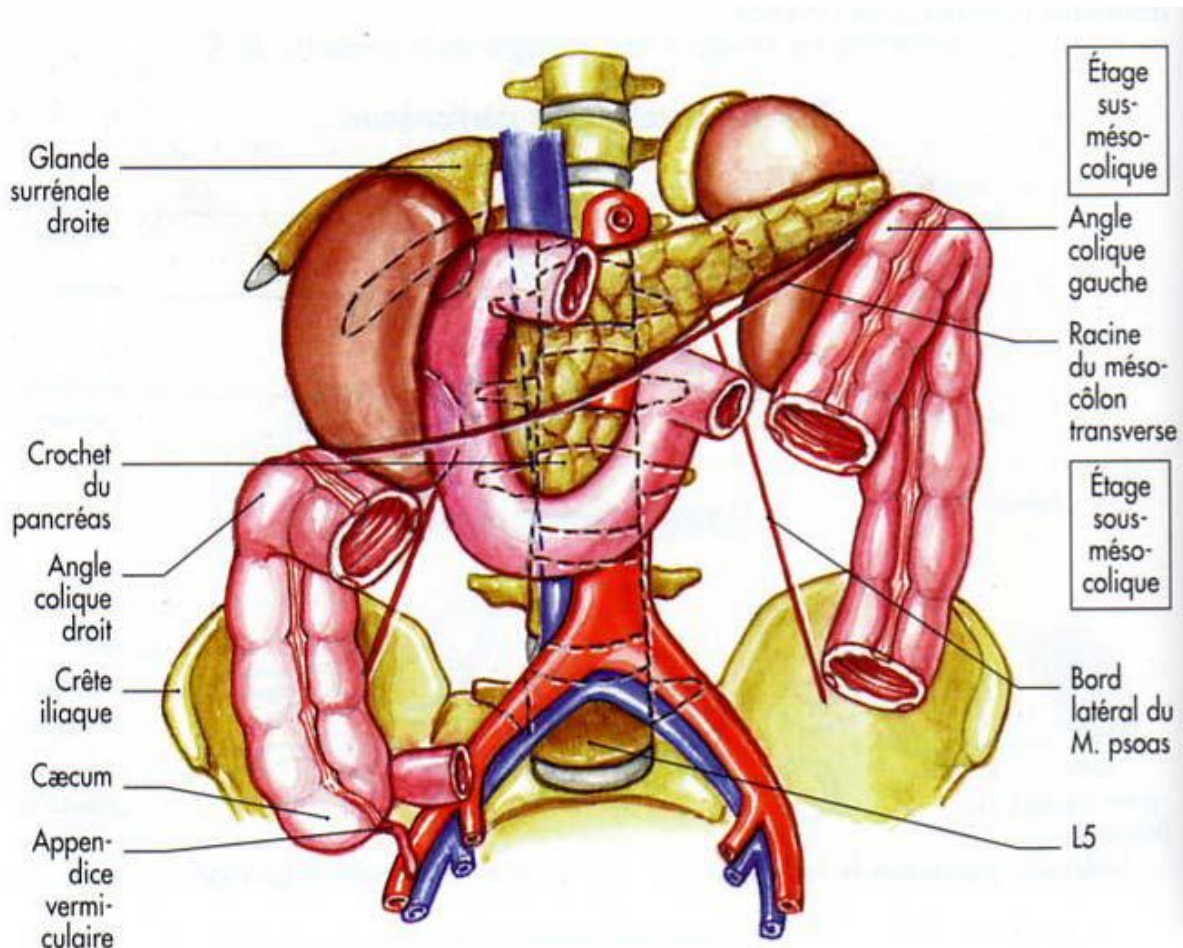


Fig. I : les deux étages de la cavité abdominale [20]

Les différentes loges péritonéales sont :

❖ **A l'étage sus-méso colique :**

- **la loge sous phrénique droite**, comprise entre la face supérieure du foie et la coupole diaphragmatique droite. Elle est divisée en deux par le ligament falciforme du foie ;
- **la loge sous – phrénique gauche**, comprise entre la coupole diaphragmatique gauche crânialement, l'estomac en dedans et la rate en bas ;
- **la poche rétro-gastrique** (ou arrière cavité des épiploons)
- **l'espace sous –hépatique** : décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison ;

❖ **À l'étage sous méso colique :**

- **les gouttières pariéto-coliques** droite et gauche comprises entre le colon ascendant à droite, descendant à gauche et la paroi latérale de l'abdomen ;
- **la loge supra mésentérique**, entre le mésentère et le méso colon ascendant ;
- **la loge infra-mésentérique** entre le mésentère et le méso colon descendant ;
- **le cul de sac recto-génital** (Douglas).

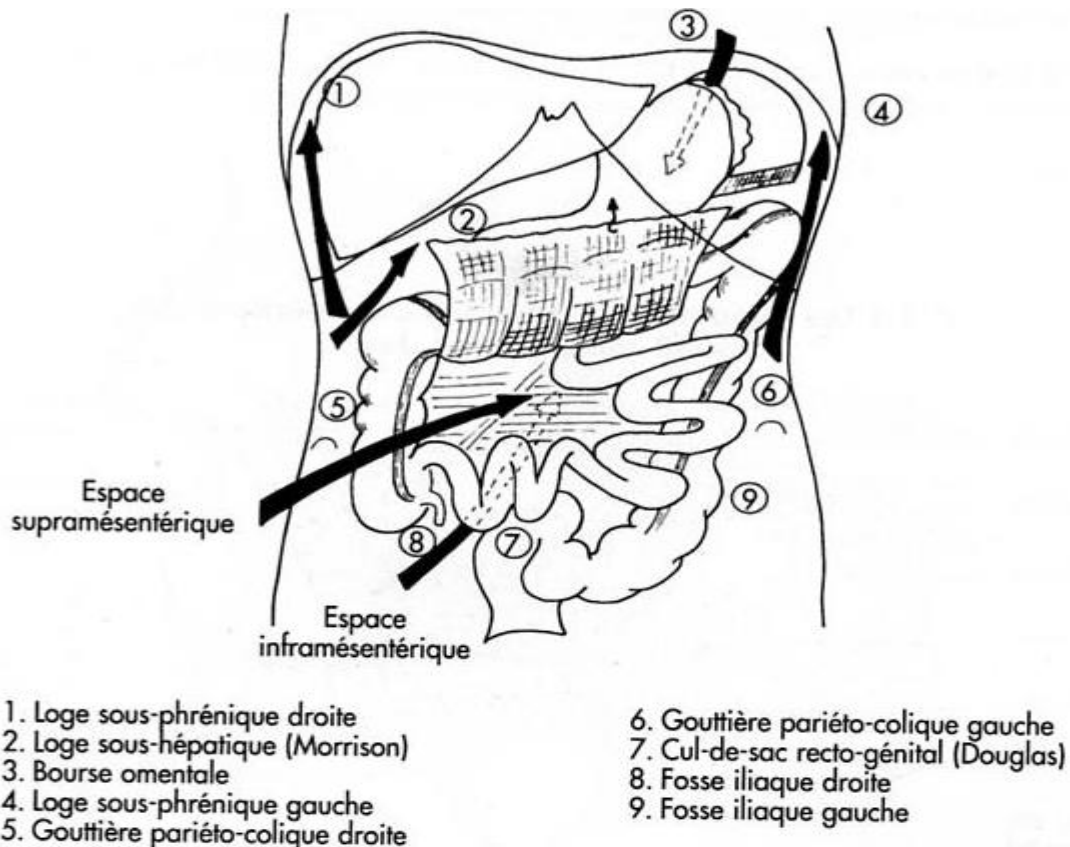


Fig. II : les loges péritonéales [20]

### 3-1-5 Rapports du péritoine avec les organes : [19]

En fonction de leur situation par rapport aux feuillets péritonéaux, on peut distinguer trois types d'organes :

- ❖ **les viscères rétro péritonéaux** comme les reins, les voies urinaires hautes et le pancréas qui recouverts en avant par le péritoine pariétal, sont en dehors de la cavité péritonéale ;

- ❖ **Les viscères intra péritonéaux** non engainés par le péritoine viscéral, mais qui sont dans la cavité péritonéale et dont les pathologies peuvent intéresser le péritoine ; ce sont le foie et la rate.

- ❖ **Les viscères intra péritonéaux**, engainés par le péritoine viscéral, tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon (transverse et sigmoïde) les anses intestinales grêles, l'appendice

### 3-1-6 Physiologie du péritoine :

La surface occupée par le péritoine, de l'ordre de celle de la peau environ 2m<sup>2</sup> chez l'adulte.

La séreuse péritonéale se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens osmotique dits <passifs>:

#### **-La sécrétion :**

L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux contient une sérosité liquidienne (50 à 100 cm<sup>3</sup>) continuellement renouvelée. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (50 à 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par les lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité, régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [19, 22]

#### **-L'absorption :**

L'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du

Douglas [19, 22]. Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine.

A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute **un drainage lymphatique dit <actif>** rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale.

### 3-2 Rappel anatomiques de l'appendice [21,23]

#### 3-2-1 Embryologie : [21, 23]

Le cæcum se développe au dépend de la branche inférieure de l'anse ombilicale sous forme d'un bourgeon ; sa situation définitive est le résultat de la rotation de l'anse ombilicale ainsi

que de l'accroissement du bourgeon cæcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite.

Diverticule du cæcum naissant de sa paroi interne à 2 ou 3 centimètres en dessous de la jonction iléo-cæcale, limite supérieure du cæcum, l'appendice s'implante au point de départ des bandelettes musculaires longitudinales du gros intestin. Ces trois bandelettes, antérieure, postéro-externe, postéro-interne, déterminent des bosselures dont la plus volumineuse antéro-externe, constitue le fond cæcal.

L'absence de développement congénital du diverticule du cæcum primitif est à l'origine d'hypoplasie voir d'agénésie de l'appendice. D'autres malformations congénitales ont été décrites, la plus fréquente est duplication appendiculaire ; dans ce cas peuvent exister soit deux lumières appendiculaires avec deux muqueuses et une musculature commune soit deux appendices séparés, normaux ou rudimentaires.

### **3-2-2 Anatomie macroscopique [21, 23]**

L'appendice a la forme d'un tube cylindrique flexueux divisé en deux segments : un segment proximal horizontal, et un segment distal qui est libre. Il mesure environ 7 à 8 cm de long et 4 à 8 mm de diamètre. Sa lumière s'ouvre dans le cæcum par un orifice muni parfois d'un repli muqueux (valvule de Gerlach).

### **3-2-3 Anatomie microscopique [21]**

Les parois de l'appendice sont constituées de dehors en dedans par :

- une séreuse péritonéale interrompue par une mince lisérée correspondant à l'insertion du méso appendice ;
- une couche musculaire longitudinale, puis circulaire. Cette couche musculaire bien développée dans son ensemble peut manquer par endroit permettant ainsi au tissu sous muqueux de rentrer directement en contact avec la séreuse.
- La sous muqueuse renferme de nombreux organes lymphoïdes qui ont fait considérer l'appendice comme <<l'amygdale intestinale>>.
- La muqueuse appendiculaire est semblable à celle du gros intestin mais les éléments glandulaires sont rares.

Cette structure varie suivant l'âge :

- chez le nourrisson le tissu lymphoïde est en quantité modérée, d'où une lumière appendiculaire relativement large ;
- chez l'enfant apparaît une hypertrophie lymphoïde qui entraîne une réduction de la lumière appendiculaire.

On assiste ensuite à une régression progressive des éléments lymphoïdes et, chez le sujet âgé l'appendice se présente parfois comme une simple corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

### **3-2-4 Anatomie topographique [23]**

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique soit indépendant de la position du cæcum. Le cæcum migre habituellement jusque dans la fosse iliaque droite (90% des cas) ; sa migration peut s'arrêter dans l'hypochondre droit, situant l'appendice en position sous – hépatique ou se poursuivre en position pelvienne (30% des femmes). Une mal rotation complète de l'anse intestinale primitive peut aboutir à un situs inversus avec appendice localisé dans la fosse iliaque gauche. Le cæcum étant en position normale, la position de l'appendice peut être variable et décrite suivant le quadrant horaire : Latéro-cæcale, rétro cæcale pure ou en arrière de la jonction iléocæcale, méso-caeliale (sus ou sous-iliale), pelvienne. La position latéro-caecale est la plus fréquente (65% des cas).

### **3-2-5 Anatomie fonctionnelle [23]**

La muqueuse appendiculaire est tapissée de revêtement glandulaire constitué essentiellement d'entérocytes. La sous muqueuse contient des formations lymphoïdes qui jouent un grand rôle dans les mécanismes de défense. Le chorion muqueux contient un grand nombre de cellules immunocompétentes renfermant d'immunoglobulines intervenant dans la phagocytose des germes qui franchissent la lumière appendiculaire. La couche musculaire grâce à son péristaltisme évacue le contenu appendiculaire vers la lumière colique.

### **3-2-6 Vascularisation de l'appendice [21]**

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère appendiculaire qui naît de **l'artère ilio - cæco- colique**, croise verticalement la face postérieure de l'iléon terminal et chemine ensuite sur le bord libre du

méso- appendice en se rapprochant peu à peu de l'appendice qu'elle atteint au niveau de son extrémité distale. Cette artère appendiculaire donne :

- un petit rameau récurrent qui rejoint la base d'implantation de l'appendice ;
- une artère récurrente iléale ;
- plusieurs rameaux appendiculaires.

Toutes ces artères sont de type terminal.

La veine iléo- cæco- colique appendiculaire se réunit à la veine iléale pour constituer un des troncs d'origine de la veine mésentérique supérieure.

Les lymphatiques appendiculaires suivent les branches de l'artère appendiculaire pour se réunir en quatre ou cinq troncs collecteurs qui gagnent ensuite les ganglions de la chaîne iléo-colique.

FIG. 10.13 LA JONCTION ILEO-CÆCALE

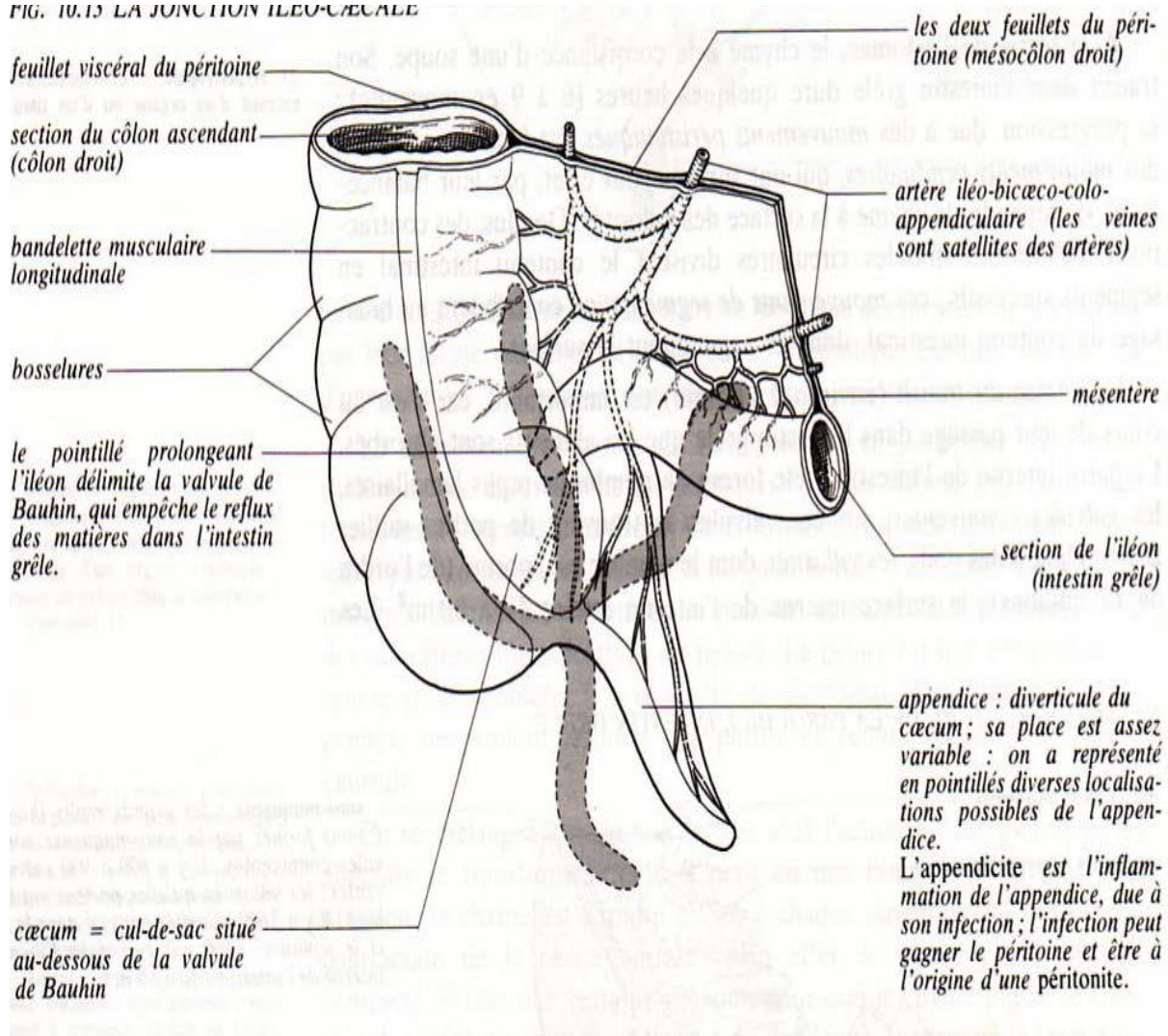


Fig.III : la jonction iléo-caecale [24]

### 3-2-7 Innervation de l'appendice :

La double innervation sympathique et parasympathique de l'appendice provient du plexus mésentérique supérieur.

### 3-3 Les conséquences Physiopathologiques des péritonites appendiculaires [1, 27]

Sont celles des péritonites secondaires à un foyer septique intrapéritonéal. Elles sont locales et générales.

#### □ Les conséquences locales

L'augmentation de la perméabilité vasculaire est à l'origine de la fuite plasmatique dans la cavité péritonéale, dans le tissu conjonctif du péritoine et dans la lumière digestive. Un

troisième secteur est ainsi soustrait aux secteurs hydriques cellulaire et extracellulaire. Cette séquestration hydro électrolytique et protidique est proportionnelle à la surface du péritoine infecté. Ces pertes liquidiennes atteignent 4 à 6 litres par jour lorsque la péritonite est généralisée.

L'iléus paralytique est une conséquence locale précoce de la contamination septique du péritoine. En ventousant le foyer appendiculaire il participe au cloisonnement de l'infection par les adhérences fibrineuses qui unissent l'intestin, l'épiploon et le foyer appendiculaire ainsi est créé un rempart provisoire contre la généralisation de l'infection à toute la cavité péritonéale. Une éventuelle organisation fibrineuse de ces adhérences peut conduire à une péritonite plastique localisée soudant le carrefour iléo-cæco-appendiculaire entouré de l'intestin, de l'épiploon et la paroi abdominale constituant un blindage douloureux : le plastron appendiculaire.

La production d'un exsudat intra péritonéale, en réaction à la contamination septique, est attirée par les mouvements respiratoires sous la coupole diaphragmatique droite et par la déclivité dans le cul- de- sac de Douglas.

Une péritonite généralisée d'origine appendiculaire peut survenir en un, deux, trois temps.

#### □ **Les conséquences générales**

A la phase initiale d'une péritonite avant que le péritoine ne se recouvre d'enduit fibrineux, l'absorption séreuse est augmentée du fait de l'hyperperméabilité vasculaire. Il en résulte une diffusion des toxines et bactéries dans la circulation générale. Cette libération de substances toxiques reste sur toutes les grandes fonctions de l'organisme.

- ✓ **La défaillance cardio-circulatoire** : est due à la fois au choc septique provoqué par la dissémination toxi-infectieuse et à l'hypovolémie secondaire au troisième secteur séquestré dans l'abdomen. Le résultat global est un défaut d'oxygénation, tissulaire. Il s'ensuit une glycolyse anaérobie que conduit à l'acidose métabolique avec accumulation notamment de l'acide lactique.

- ✓ **Le retentissement respiratoire** :

Est parallèle au retentissement cardiovasculaire. Il répond à 2 mécanismes :

- la réduction de l'amplitude des mouvements diaphragmatiques avec atélectasie des bases pulmonaires et épanchement pleural réactionnel à la péritonite sous- jacente ;
- un œdème lésionnel par atteinte directe de la membrane alvéolo-capillaire.

- Le retentissement rénal, répond lui aussi à 2 mécanismes :

- Défaut de perfusion secondaire à l'hypo volémie ;



- action directe des substances toxiques libérées dans la circulation.

### **3- 4 Rappel clinique :**

**3-4-1 Type de description :** péritonite appendiculaire généralisée chez un homme jeûne de 25 ans vu tôt.

#### **3-4-1-1 Signes fonctionnels :**

Le diagnostic est clinique associant :

✓ **Une douleur**

Continue, rapidement progressive, très intense, maximale dans la fosse iliaque droite, mais elle est souvent diffuse, sans irradiation.

✓ **Des vomissements**

Alimentaires, puis bilieux, répétés et fréquents.

✓ **Des troubles du transit :**

-Arrêt de matières et de gaz

-parfois diarrhée

#### **3-4-1-2 Signes généraux :**

✓ **La fièvre :** habituellement élevée supérieure à 38, 5° C

✓ **L'état général :** est conservé au début mais le sujet est anxieux et le pouls filant.

La TA est habituellement normale à ce stade.

**3-4-1-3 Les signes physiques :** l'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite :

- **à l'inspection :** diminution ou absence de la respiration abdominale ;
- **la palpation :** mains réchauffées bien à plat en commençant par les endroits moins douloureux ; trouve typiquement une contracture diffuse, invincible et douloureuse ;
- **aux touchers pelviens :** douleur vive au cul de sac Douglas.

#### **3-4-1-4 Les examens para cliniques :**

**-L'Echographie :** est inutile dans ces formes typiques, met en évidence des signes d'épanchement intrapéritonéal et identifie la lésion causale : l'appendicite

**-La biologie :** vient confirmer l'atteinte infectieuse péritonéale :

- un hématicrite supérieur à 50% témoigne une déshydratation extracellulaire ;
- leucocytose élevée souvent supérieure à 15000/ mm<sup>3</sup>

**-Radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) :** montre :

- des signes occlusifs (distension gazeuse du grêle et du côlon avec des niveaux hydro-aériques) ;

- un épanchement péritonéal (grisaille diffuse)

L '**absence de pneumopéritoine** dans la péritonite appendiculaire apparaît comme un signe distinctif très important.

- **Le scanner abdominale** : est aussi inutile dans ces formes typiques, met en évidence les mêmes signes comme pour l'échographie.

### **3-4-1-5 Diagnostic différentiel d'une péritonite appendiculaire**

#### **❖ Les affections non péritonéales**

Avant tout il importe d'éliminer les affections non péritonéales, pour ne pas commettre une erreur décisionnelle sur l'indication opératoire.

- **Les rares pneumopathies** à expression abdominale sévère sont discutées devant une image anormale sur la radiologie pulmonaire, en gardant toute fois en mémoire la possibilité d'une pneumopathie de déglutition provoquée par des vomissements d'une réelle péritonite.

- **Les pyélonéphrites** avec douleur abdominale, fièvre et signe d'iléus peuvent poser de difficiles problèmes cliniques, car elles s'accompagnent de défense abdominale dans 20% des cas.

Ce sont toutefois des formes sévères avec des germes à l'examen cyto bactériologique direct des urines.

- **La pancréatite aiguë** est évoquée sur l'élévation de l'amylasémie et confirmée par le scanner pour éviter une intervention chirurgicale inutile à ce stade.

#### **❖ Les péritonites diffuses**

Devant une péritonite diffuse, le diagnostic différentiel avec une autre affection chirurgicale à moins d'importance car il vaut mieux poser l'indication opératoire que faire un diagnostic lésionnel précis. Le problème se pose peu chez l'enfant où la péritonite est presque toujours d'origine appendiculaire. En revanche chez l'adulte le diagnostic peut être plus difficile. L'existence d'un pneumopéritoine permet d'exclure l'origine appendiculaire, mais son absence n'exclut en rien la perforation d'un viscère creux. Plaideront en faveur de, l'origine appendiculaire le début des douleurs dans la fosse iliaque droite et surtout l'absence d'élément orientant vers une autre étiologie :

- poussées douloureuses épigastriques antérieures ou prise récente ou continue de médicaments gastro toxiques évoquant une **perforation gastrique** ;

- Les crises douloureuses fébriles ou non, survenues antérieurement dans la fosse iliaque gauche chez un sujet de plus de 50ans évoque **une péritonite sigmoïdienne** ;

- antécédents cardiovasculaires, thrombo-emboliques et surtout trouble du rythme, devant faire penser à l'**infarctus mésentérique**.

### **3-4-1-6 Traitement :**

#### **3-4-1-6-1 But :**

- Eradiquer le foyer infectieux
- Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique

#### **3-4-1-6-2 Moyens :** sont médicaux et chirurgicaux

##### **3-4-1-6-2-1 Le moyen médical**

❖ **La réanimation :** c'est le premier temps essentiel, elle associe :

- la rééquilibration hydro – électrolytique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale ;
- la sonde nasogastrique nécessaire pour aspirer les liquides de stase gastrique et pour quantifier les pertes hydriques ;
- la sonde urinaire pour la surveillance de la diurèse horaire et la fonction rénale.

❖ **L'antibiothérapie :** doit être :

- précoce
- active sur les germes aérobies et anaérobies et les grams négatifs
- adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus, liquide péritonéal, hémoculture).

❖ **La chirurgie :**

Le traitement chirurgical a pour but l'ablation de l'appendice et l'évacuation du pus ainsi que la toilette péritonéale complète.

Classiquement, une péritonite localisée peut être abordée par une voie élective, habituellement dans la fosse iliaque droite, et les péritonites généralisées par une grande voie médiane afin d'assurer une toilette de l'ensemble de la cavité péritonéale avec 10 à 12 litres de sérum salé.

Le drainage reste discuté.

Actuellement, les progrès accomplis par la coelio-chirurgie permettent d'effectuer le lavage péritonéal des péritonites appendiculaires diffuses sans qu'il soit besoin d'ouvrir largement l'abdomen. De cette façon il est possible, par plusieurs trocars, d'effectuer un lavage très complet de la cavité péritonéale et de terminer l'intervention par une appendicectomie sous coelioscopie. Ainsi, et paradoxalement, ce sont les appendicites les plus graves qui bénéficient le plus du recours à la coelio-chirurgie.

#### **3-4-1-7 Résultat :**

La gravité est fonction de l'âge du malade, du retard diagnostique. La perforation appendiculaire est une péritonite de bon pronostic avec un taux de mortalité <10%. [1]

#### IV Méthodologie :

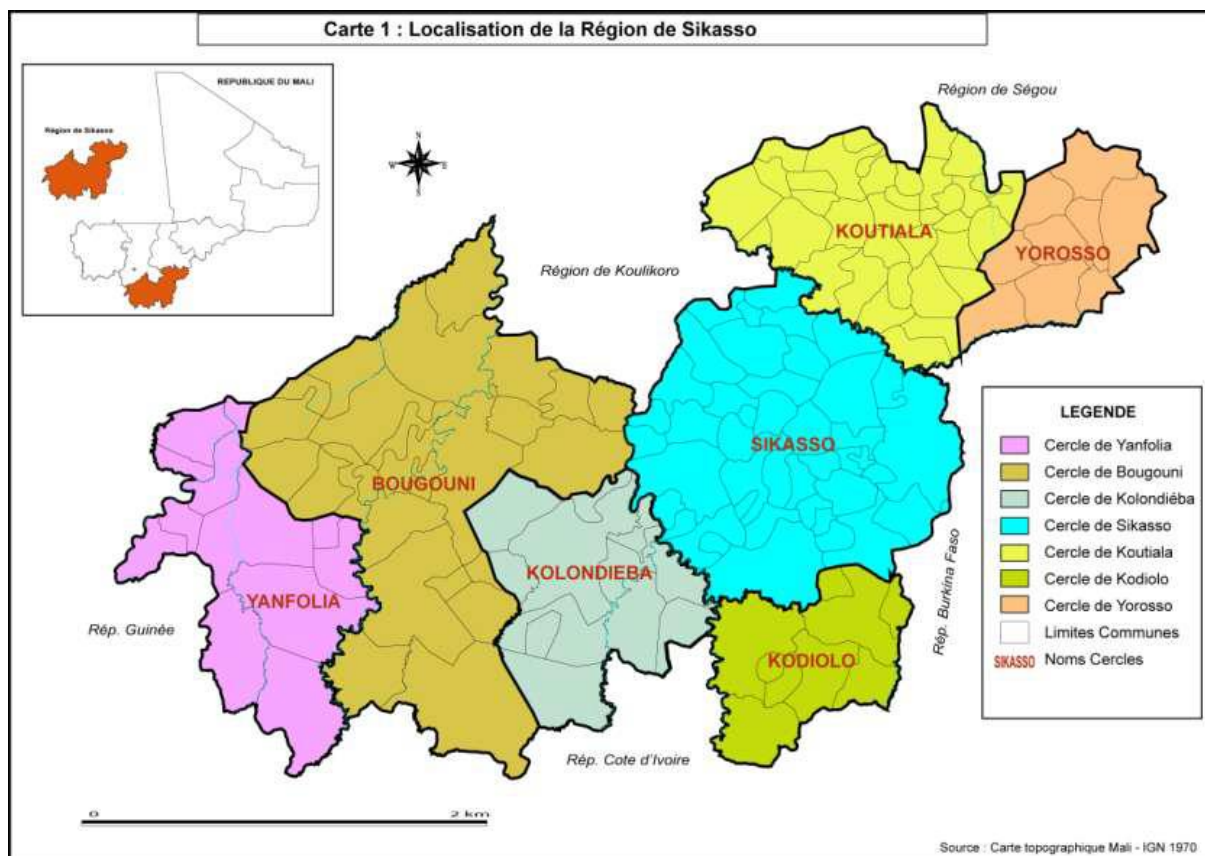
##### 1-Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive de 12 mois allant du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 Décembre 2016.

##### 2-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso.

##### 2-1 Présentation géographique de la région de Sikasso :



La région de Sikasso ou 3<sup>e</sup> région administrative du Mali, occupe le sud du territoire national entre 12°30' latitudes nord et la frontière ivoirienne d'une part et 8°45' longitudes ouest et la frontière burkinabé d'autre part.

Elle est limitée au nord par la région de Ségou au sud par la république de Côte d'Ivoire, à l'ouest par la république de Guinée, à l'est par le Burkina Faso et au nord-ouest par la région de Koulikoro.

D'une superficie de **71790** Km<sup>2</sup> soit **5,8%** du territoire national, la région de Sikasso compte **7** cercles (Sikasso, Bougouni, Koutiala, Kadiolo, Kolondiéba, Yanfolila, et Yorosso), **3**

communes urbaines (Sikasso, Bougouni, Koutiala), **144** communes rurales et **1831** villages avec une population de **3.242.000** habitants en 2015.

La région de Sikasso, la seule région du Mali s'étend en exclusivité dans la zone humide et subhumide, occupe une zone comprise entre les isohyètes **750 mm** au nord et **1400 mm** au sud.

## **2.2. Présentation de l'hôpital de Sikasso :**

### **2.2.1 Situation géographique et l'implantation :**

L'hôpital de Sikasso est situé au quartier Lafiabougou non loin du commissariat de police du 2<sup>ème</sup> Arrondissement sur la route de Missirikoro en face du village CAN annexe. Il a 5 portes d'accès :

- Une porte principale destinée aux malades et usagers,
- Une porte destinée aux véhicules d'urgences,
- Une porte destinée à l'entrée du personnel,

L'ensemble de ces portes fait face à la route de Missirikoro ;

- Une porte d'accès de la morgue qui est située sur la façade Nord,
- Une porte d'accès des sapeurs-pompiers située sur la façade Est.

L'hôpital de Sikasso couvre une superficie d'environ huit (8) hectares (ha). Ce complexe hospitalier est pavillonnaire et comprend 21 bâtiments avec un mur de clôture de 1,7km linéaire. La pose de la première pierre a été faite en Novembre 2007 et l'inauguration a eu lieu le 18 Octobre 2010 sous la présidence de son Excellence M. Amadou Toumani TOURE. Le déménagement s'est déroulé le 29 Novembre 2010.

## **2-2-2. LOCAUX**

### **2-2-2-1. BLOC HOSPITALISATION CHIRURGIE**

#### **a.) Rez-de-chaussée**

- ✓ 1 salle d'accueil - orientation ;
- ✓ 1 salle VIP à 1 lit;
- ✓ 6 bureaux ;
- ✓ 4 grandes salles à 4 lits ;
- ✓ 2 salles à 2 lits
- ✓ 1 salle de garde des infirmiers
- ✓ 1 salle de soins ;
- ✓ 1 salle pour linge ;

- ✓ 4 toilettes
- ✓ Un Ascenseur

**b.) A l'étage**

- ✓ 1 salle d'accueil - orientation ;
- ✓ 4 salles VIP à 1 lit ;
- ✓ 1 salle à 2 lits ;
- ✓ 4 grandes salles à 4 lits ;
- ✓ 1 bureau ;
- ✓ 4 toilettes ;
- ✓ 1 salle des internes ;
- ✓ 1 salle à 1 lit ;
- ✓ 1 salle des archives et matériel de nettoyage ;
- ✓ 1 salle de soins

**2-2-2-2. BLOC OPERATOIRE ET STERILISATION CENTRALE**

**a.) Bloc opératoire**

- ✓ 3 salles d'opération ;
- ✓ 1 salle de réveil avec 2 lits
- ✓ 1 salle de préparation des malades ;
- ✓ 2 bureaux ;
- ✓ 1 salle de garde des aides ;
- ✓ 2 salles de garde des anesthésistes ;
- ✓ 2 toilettes ;
- ✓ 2 vestiaires ;
- ✓ 1 salle d'entrée des produits ;
- ✓ 1 salle de sortie des linges salles.

**b.) Stérilisation générale**

- ✓ 1 aire de lavage ;
- ✓ 1 aire d'emballage ;
- ✓ 1 salle d'autoclave ;
- ✓ 2 salles de stockage du matériel stérilisé ;
- ✓ 1 salle de livraison du matériel stérilisé ;
- ✓ 2 toilettes;
- ✓ 1 bureau ;

- ✓ 2 vestiaires ;
- ✓ 1 salle de garde.

#### **2-2-2-3. BLOC DU SERVICE DES URGENCES**

- ✓ 2 salles d'accueil - orientation ;
- ✓ 3 box de tri ;
- ✓ 1 salle de soins ;
- ✓ 1 salle de plâtre ;
- ✓ 1 salle de petite chirurgie ;
- ✓ 1 salle de bain malade;
- ✓ 2 salles d'observation à 3 lits;
- ✓ 4 bureaux ;
- ✓ 1 salle de garde des internes ;
- ✓ 1 salle de garde des chirurgiens ;
- ✓ 1 salle de garde des médecins ;
- ✓ 2 salles de garde des infirmiers;
- ✓ 2 toilettes.

#### **2-2-2-4. SERVICE DE REANIMATION**

- ✓ 1 salle d'accueil - orientation
- ✓ Une grande salle d'hospitalisation à quatre (4) lits
- ✓ Deux (2) salles VIP
- ✓ Une salle de garde des infirmiers
- ✓ Trois (3) bureaux

#### **2-2-3. PERSONNEL :**

##### **2-2-3-1. CHIRURGIE**

Il se compose de :

- Six chirurgiens dont quatre chirurgiens généralistes, un chirurgien urologue et un chirurgien traumatologue.
- Quatre étudiants hospitaliers (faisant fonction d'interne)
- Douze infirmiers : cinq techniciens supérieurs de santé ; cinq Techniciens de Santé et deux Aides-soignantes.

### **2-2-3-2. REANIMATION**

Il se compose de :

- ✓ Deux (2) médecins anesthésistes et réanimateurs
- ✓ Six (6) assistants médicaux anesthésistes réanimateurs
- ✓ Six (6) infirmiers

### **2-2-4. ACTIVITES DU SERVICE DE CHIRURGIE**

- les consultations externes du Lundi au vendredi,
- les hospitalisations se font tous les jours,
- lundi, Mardi, et jeudi sont les jours de bloc pour la chirurgie,
- chaque matin, il est organisé un staff de 45minutes
- la visite des malades hospitalisés à partir de 08H 45mn,
- les vendredis le staff général d'une heure,
- le programme opératoire est établi chaque Vendredi,
- la sensibilisation des accompagnateurs se font tous les lundis,

Une équipe de garde comprenant un chirurgien et un étudiant hospitalier est toujours détaché pour recevoir les urgences.

### **3-Population d'étude :**

Tous nos patients ont été recrutés dans les services des urgences et de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso opérés pour péritonite.

Une fiche d'enquête préétablie a permis de recueillir l'ensemble des renseignements pour chaque patient.

### **3-1 Critères d'inclusions :**

Tous les patients opérés pour péritonite dont l'étiologie était appendiculaire en peropératoire.

### **3-2 Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Toutes les péritonites non appendiculaires
- Tous patients opérés en dehors du service
- tous patients n'acceptant pas à participer à l'étude

### **3-3 Critères opérationnels :**

Tous les malades admis ont bénéficié d'un examen clinique comportant :

- un interrogatoire complet
- un examen physique complet



Des examens complémentaires comportant une échographie abdominale l'ASP, la NFS ou le taux d'hémoglobine et d'hématocrite, groupage/rhésus.

-Une prise en charge préopératoire (prise des voies veineuses pour la perfusion, mise en place de sondes nasogastrique et urinaire).

Au terme de ces protocoles les malades étaient opérés et hospitalisé pour le suivi post opératoire.

Les suivis en postopératoire ont été effectués pendant 1 mois, 3mois à la recherche de complications post opératoire à long terme.

#### **4- supports :**

##### **a)- La fiche d'enquête**

Elle comprend des variables réparties en :

-données administratives : âge, sexe, principale activité, nationalité, ethnie, durée d'hospitalisation.

-paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes physiques, examens complémentaires)

-modalités thérapeutiques

-Suites opératoires et

-le coût de la prise en charge.

##### **b) Dossiers médicaux d'hospitalisation et observation des patients**

##### **c) Registres de compte rendu opératoire**

##### **d) Registre d'hospitalisation**

#### **5-Saisies informatiques : traitement/analyse des données**

Les données ont été saisies sur le logiciel Word 2013, analysés par SPSS10 version française et traitées sur les logiciels Excel 2013 et épi-info avec différence significative si P inférieur ou égal 0,05.

## V RESULTATS

### 1. Fréquence :

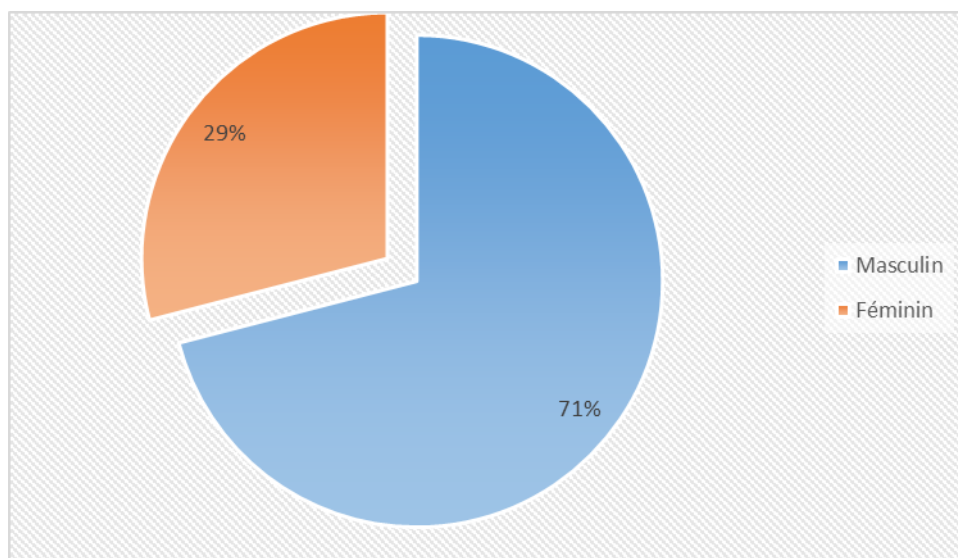
Durant la période de notre étude nous avons effectué dans le service de chirurgie générale

- 2001 consultations chirurgicales ;
- 1037 hospitalisations ;
- 711 Interventions chirurgicales
- 161 interventions chirurgicales d'urgence ;
- 59 cas de péritonites aiguës dont 31 d'origine appendiculaires.

Ainsi les péritonites appendiculaires (N=31) ont représenté :

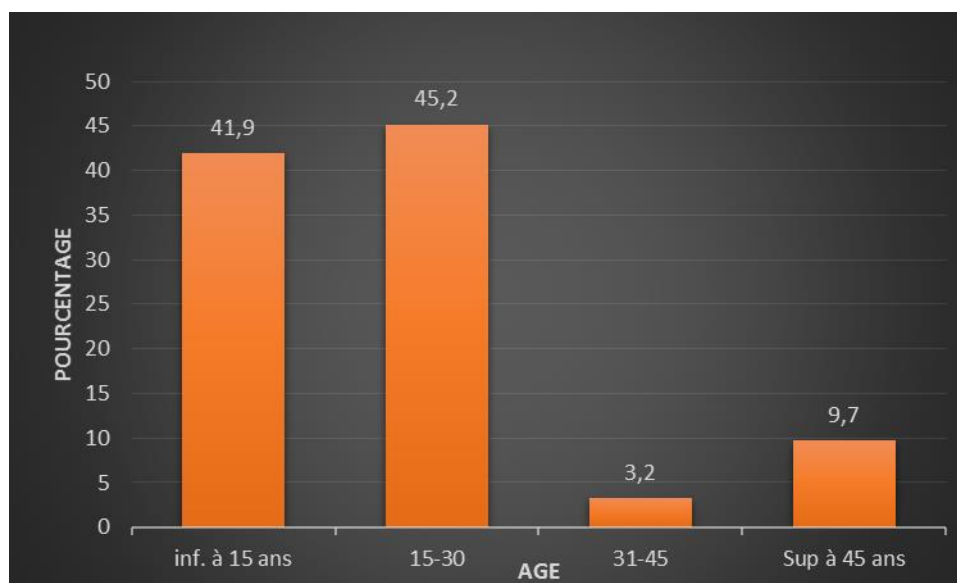
- 52.54% des péritonites aiguës.
- 19,25% des interventions chirurgicales d'urgence ;
- 4.36,% des interventions chirurgicales,
- 2,99% des hospitalisations ;
- 1,55% des consultations chirurgicales.

### 2. Données socio-démographiques



**Figure I :** Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin a représenté 71,0% avec un sex-ratio de 2,44 au risque des hommes



**Figure II :** Répartition des patients selon l'âge

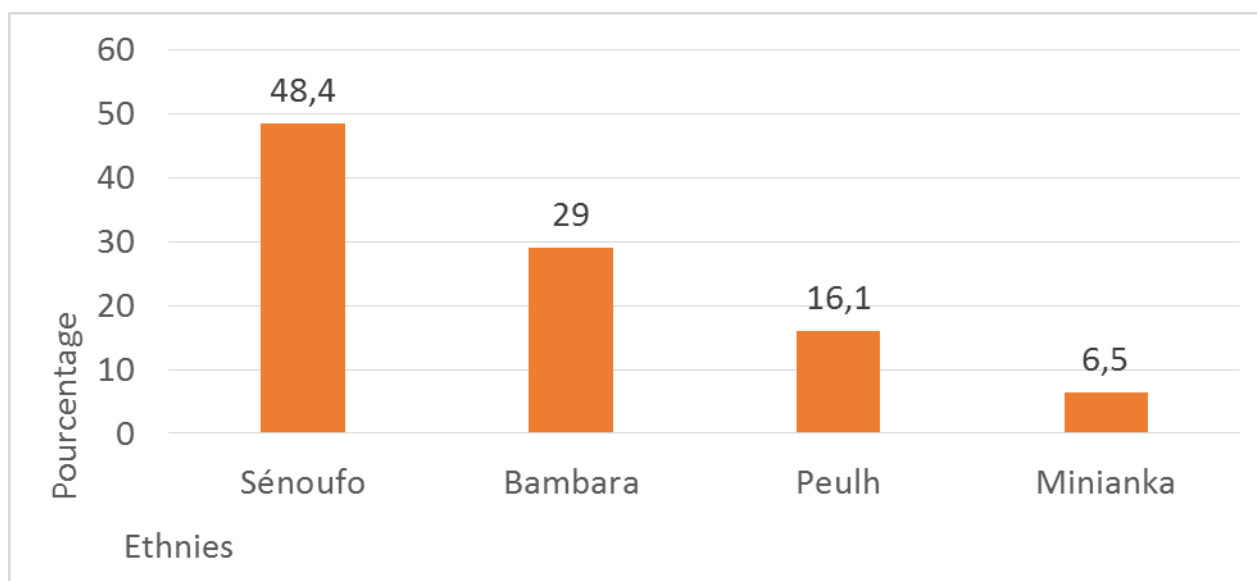
La tranche d'âge de 15- 30 ans a été la plus représentée soit 45,2% des cas.

La moyenne d'âge était de 20,42 ans avec des extrêmes de 4 ans et 58 ans et un écart type de 12,99

**Tableau I :** Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Eleveur	1	3,2
Ouvrier	1	3,2
Scolaire	13	41,9
Cultivateur	11	35,5
Ménagère	3	9,7
Enfant non scolarisé	1	3,2
Apprenti chauffeur	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les scolaires ont représentés 41,9% des cas



**Figure III :** Répartition des patients selon l'ethnie

L'ethnie senoufo était majoritaire avec 48,4% des cas

**Tableau II :** Répartition des patients selon le lieu de résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbain	14	45,2
Rural	15	48,4
Autres pays	2	6,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau III :** Répartition selon le statut matrimonial des patients

Statut Matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	24	77,4
Marié (e)	7	22,6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les célibataires étaient les plus représentés avec 77,4% des patients

**Tableau IV :** Répartition des patients selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	12	38,7
<b>Primaire</b>	<b>13</b>	<b>41,9</b>
Secondaire	5	16,1
Supérieur	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Le niveau primaire représentait 41.9%.

**3. Les données cliniques :**

**Tableau V :** Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Urgence	30	96,8
Consultation externe	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les patients admis en urgences étaient majoritaires avec 96,8%

**Tableau VI :** Répartition des patients selon le mode de référence

Adressé par	Effectif	Pourcentage
Infirmier	4	12,9
<b>Médecin Généraliste</b>	<b>17</b>	<b>54,8</b>
Médecin spécialiste	1	3,2
Parents	9	29,0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les patients ont été référés par un médecin généraliste dans 54,8% des cas

**Tableau VII:** Répartition des patients selon la structure de provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
CSCom	5	16,1
<b>CSRéf</b>	<b>10</b>	<b>32,3</b>
Cabinet ou clinique Privée	7	22,6
Autres	9	29,0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les patients étaient référés d'un CS Réf. dans 32,3% des cas

**Tableau VIII : Répartition des patients selon le délai de consultation**

<b>Délai de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 3 jours	1	3,2
<b>3 à 7 jours</b>	<b>18</b>	<b>58,1</b>
> 7 jours	12	38,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Le délai moyen de consultation était de 5,7 jours.

**SIGNES FONCTIONNELS :**

**Tableau IX : Répartition des patients selon le motif de consultation**

<b>Motif de consultation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur abdominale	31/31	100
<b>Douleur abdominale +vomissement</b>	<b>25/31</b>	<b>80,6</b>
Douleur abdominale +vomissement +Arrêt des Matières et des Gaz	5/31	16,1

**Tableau X** : Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur abdominale

<b>Caractéristiques de la douleur</b>		<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Siège initial	Fosse iliaque droite	<b>23</b>	<b>74,2</b>
	Péri-ombilical	8	25,8
Mode de début	Brutal	10	32,3
	<b>Progressif</b>	<b>21</b>	<b>67,7</b>
Type	Brûlure	6	19,4
	<b>piqûre</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>
	Pesanteur	1	3,2
Irradiation	Diffuse	31	100
intensité	Faible	1	3,2
	<b>Modérée</b>	<b>24</b>	<b>77,4</b>
	Elevée	6	19,4
Evolution	Permanente	31	100
Facteur aggravant	Aucun	6	19,4
	<b>Effort ou Toux</b>	<b>25</b>	<b>80,6</b>
<b>N=31</b>			

**Tableau XI :** Répartition des patients selon les caractéristiques des vomissements

Vomissements	Effectif	Pourcentage
post-prandiaux précoces alimentaires	11	35,5
post-prandiaux tardifs bilieux	14	45,2
Non	6	19,3
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les vomissements post prandiaux tardifs bilieux ont représentés 45,2% des cas.

**Tableau XII :** Répartition des patients selon la notion de fièvre

Notion de fièvre	Effectif	Pourcentage
Oui	31	100
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Tous nos patients avaient rapporté la notion de fièvre.

**Tableau XIII :** Répartition des patients selon la notion d'arrêt de matière et de gaz (AMG)

Arrêt des matières et des gaz	Effectif	Pourcentage
Oui	5	16,1
Non	26	83,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

L'arrêt de matière et de gaz était absent dans 83,9 des cas

**Tableau IV :** Anorexie

Anorexie	Effectif	Pourcentage
Oui	23	74,2
Non	8	25,8
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Une anorexie a été notée chez 74,2% de nos patients.



**Tableau XV** : Répartition des patients selon le type de traitement reçu avant l'admission

Traitement reçu avant admission	Effectif	Pourcentage
Médical	14	45,2
Traditionnel	5	16,1
Médical+Traditionnel	12	38,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

45,2% de nos patients avaient reçu un traitement médical avant leur admission

**Tableau XVI** : Répartition des patients selon le traitement médical reçu avant l'admission

Traitement	Effectif	Pourcentage
Antalgiques/antipyrétiques	4	12,9
Antalgiques/antipyrétiques +antibiotiques	17	54,8
Antalgiques/antipyrétiques+antibiotiques+perfusions	3	9,7
Antalgiques/antipyrétiques+Antibiotiques+antipaludéens	2	6,5
Aucun	5	16,1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients soit 54,8 avait reçu des antalgiques/antipyrétique et antibiotique avant leur admission.

Seulement 29% de nos patients n'avaient reçu d'antibiotique avant leur admission.

**Tableau XVII** : Répartition des patients selon les antécédents médico-chirurgicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Drépanocytose	1	3,2
HTA+Diabète	1	3,2
Aucun	29	93,6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Aucun antécédent médico-chirurgical n'a été noté chez 93,6% des patients.

## SIGNES GENERAUX

**Tableau XVIII :** Répartition des patients selon l'état général

Etat général	Effectif	Pourcentage
IK=100-70	10	32,3
IK=70-60	19	61,3
IK inf. à 60	2	6,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau XIX :** Répartition des patients selon l'état des conjonctives

Etat des conjonctives	Effectifs	Pourcentage
Colorées	27	87,1
Pales	4	12,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les conjonctives de 87,1% de nos patients étaient colorées.

**Tableau XX :** Répartition des patients selon l'état de la langue

Etat de la langue	Effectif	Pourcentage
Saburrale	18	58,1
Humide et propre	12	38,7
Sèche	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La langue était saburrale dans 58,1% des cas.

**Tableau XXI :** Répartition des patients selon la température

Température	Effectif	Pourcentage
36.6-37.5	8	25,8
37.6-38.5	10	32,3
> 38.5	13	41,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La température de 41,9% de nos patients était supérieure à 38,5°C

**Tableau XXII :** Répartition des patients selon la fréquence cardiaque

<b>Pouls</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 60	2	6,5
60-100	25	80,6
> 100	4	12,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La fréquence cardiaque était normale chez 80,6% des patients.

**Tableau XXIII :** Répartition des patients selon la pression artérielle

<b>Pression Artérielle</b>		<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Pression artérielle systolique (PAS)</b>	Inf. à 100	2	6,5
	100-139	29	93,5
<b>Pression Artérielle Diastolique (PAD)</b>			
	inf. à 70	4	12,9
	70-90	26	83,9
	sup à 90	1	3,2
<b>N=31</b>			

**Tableau XXIV :** Répartition des patients selon la fréquence respiratoire

<b>Fréquence respiratoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
14-20	17	54,8
< 14	2	6,5
> 20	12	38,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La fréquence respiratoire était comprise entre 14 et 20 cycles par minute dans 54,8% des cas.

**Tableau XXV :** Répartition des patients selon la présence ou non de plis de déshydratation

<b>Plis de déshydratation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	1	3,2
Non	30	96,8
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Il n'avait pas de plis de déshydratation dans 96,8% des cas.

**Tableau XXVI :** Répartition des patients selon la présence ou non d'un état de choc

<b>Etat de choc</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	2	6,5
Non	29	93,5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVII :** Répartition des patients selon l'état de conscience

<b>Etat de la conscience</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Normale	28	90,3
Agité	3	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La conscience était normale chez 90,3% de nos patients.

## **SIGNES PHYSIQUES**

**Tableau XXVIII :** Répartition des patients selon le résultat de l'inspection de l'abdomen

<b>Inspection abdominale</b>		<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Distension abdominale	oui	24	77,4
	non	7	22,6
Respiration abdominale	Abolie	20	64,5
	Présente	11	35,5

**N=31**

Une distension abdominale a été notée chez 77,4% de nos patients avec une abolition de la respiration abdominale chez 64,5% des cas

**Tableau XXIX :** Répartition des patients selon le résultat de la palpation abdominale

<b>Palpation abdominale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur à la palpation	31	100
Contracture	25	80,6
Défense localisée	6	19,4
Cri de l'Ombilic	21	67,7

**N=31**

La douleur à la palpation était observée chez tous nos malades, la contracture abdominale chez 80,6% et le cri de l'ombilic chez 67,7% des cas.

**Tableau XXX :** Répartition des patients selon le résultat à la Percussion abdominale

<b>Percussion</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Matité hydrique	19	61,3
Tympanisme	12	38,7
Matité pré-hépatique Conservée	31	100

**N=31**

La matité pré hépatique était conservée chez tous les patients avec une matité hydrique dans 61,3% des cas.

**Tableau XXXI :** Répartition des patients selon le résultat de l'auscultation abdominal

<b>Bruits Hydro Aériques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Normaux	18	58,1
Absents	7	22,6
Diminués	6	19,3
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXII** : Répartition des patients selon l'état du cul de sac de Douglas

Cul de sac de Douglas	Effectifs	Pourcentage
Douloureux et bombé	14	45,2
Douloureux et Non bombé	17	54,8
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES****Tableau XXXIII** : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage
Epanchement péritonéal trouble	16	51,6
Normale	1	3,2
Lésion appendiculaire	5	16,1
Epanchement péritonéal + lésion appendiculaire non faite	6	19,4
non faite	3	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

L'échographie avait objectivé un épanchement péritonéal trouble chez 51,6% de nos patients

**Tableau XXXIV** : Répartition des patients selon le résultat de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

ASP	Effectif	Pourcentage
Non faite	15	48,4
Normale	1	3,2
Grisaille	9	29,0
NHA	2	6,5
Grisaille+NHA	4	12,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXV : Répartition des patients selon le résultat de la NFS**

<b>NFS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Hyperleucocytose	13	41,9
Normale	10	32,3
Anémie	1	3,2
Hémoconcentration	2	6,5
Hyperleucocytose+Anémie	5	16,1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Une hyperleucocytose a été notée chez 58% des patients

**Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le groupe Rhésus**

<b>Groupe-Rhésus</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
A+	5	16,1
B+	11	35,5
B-	1	3,2
O+	11	35,5
AB+	3	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXVII : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire retenu**

<b>Diagnostic préopératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Péritonite appendiculaire	23	74,2
Occlusion intestinale	1	3,2
Appendicite aiguë	2	6,5
Abcès appendiculaire	5	16,1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

## TRAITEMENT

### Réanimation hydro électrolytique pré per et post opératoire

Tous nos patients ont bénéficié d'une réanimation hydro électrolytique préopératoire de courte durée composée de :

- perfusions de solutés,
- mise en place d'une sonde urinaire, de sonde nasogastrique,
- triple antibiothérapie probabiliste à base de ceftriaxone, Métronidazole et de gentamycine.
- une diète jusqu'à la reprise du transit
- administration d'antalgiques

La transfusion a été réalisé chez 3 patients soit 9,7%

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

**Tableau XXXVIII** : Répartition des patients selon le type d'anesthésie

Types d'Anesthésie	Effectif	Pourcentage
Anesthésie Locorégionale (rachi anesthésie)	7	22,6
AG+IOT	21	67,7
AG au masque	3	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Anesthésie générale avec intubation orotrachéale a été Réalisée chez 67,7% nos patients.

**Tableau XXXIX** : Répartition des patients selon le type d'incision

Type d'incision	Effectif	Pourcentage
MC Burney élargi	7	22,6
Laparotomie médiane sus et sous ombilicale	24	77,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La laparotomie médiane a été réalisée chez 77,4% de nos patients

**Tableau XL** : Répartition des patients selon le diagnostic peropératoire

Diagnostic peropératoire	Effectif	Pourcentage
Péritonite aiguë généralisée	24	77,4
Péritonite localisée	7	22,6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>



**Tableau XLI : Répartition des patients selon le siège de l'appendice**

<b>Siège de l'appendice</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Latéro caecal	26	83,9
Rétro caecal	4	12,9
Sous hépatique	1	3,2
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

L'appendice était en position latéro caecal 86,7% des cas

**Tableau XLII : Répartition des patients selon la quantité de l'épanchement péritonéal**

<b>Quantité de l'épanchement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
inf. 500	7	22,6
500-1000	22	71,0
sup 1000	2	6,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La quantité de l'épanchement péritonéal moyenne aspirée était de 709 ml

**Tableau XLIII : Répartition des patients selon le geste chirurgical réalisé**

<b>Geste chirurgical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Appendicectomie+enfouissement+lavage+drainage	13	41,9
Appendicectomie sans enfouissement+lavage+drainage	18	58,1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau XLIV : Répartition des patients selon la durée de l'intervention**

<b>Durée de l'intervention</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
< 1h	16	51,6
> 1h	15	48,4
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'intervention était d'une heure trente-deux minutes (1h32mn)

**Tableau XLV :** Répartition des patients selon le séjour en service de réanimation

<b>Séjour en réanimation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	2	6,5
Non	29	93,5
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau XLVI :** Répartition des patients selon la durée d'antibiothérapie

<b>Durée de l'antibiothérapie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Inf. à 7 jours	3	9,7
7-15 jours	19	61,3
sup 15 jours	9	29,0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 15,45 jours avec des extrêmes de 1 et 50 jours. Cette antibiothérapie était :

- probabiliste et parentérale jusqu'à J5 à base de ceftriaxone+metronidazole+gentamycine et réadaptée en fonction du résultat de l'antibiogramme

**Tableau XLVII :** Répartition des patients selon la réalisation de l'Examen cytobactériologique (ECB) du pus

<b>ECB du pus</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Oui	15	48,4
Non	16	51,6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Tableau XLVIII** : Répartition selon le résultat de l'ECB du pus

<b>Germes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Culture stérile	8	53,3
Escherichia coli	5	33,3
Serratiae	1	6,7
Staphylococcus aureus	1	6,7
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Parmi les 15 patients ayant réalisées l'ECB du pus, la culture était stérile dans 53,3% des cas ; Escherichia coli a été le germe majoritaire.

**Tableau XLIX** : Répartition selon la sensibilité des germes aux antibiotiques testés

<b>Germes</b>	<b>Antibiotiques</b>
Escherichia coli	-Imipenem, Gentamycine, Amikacine, Ceftriaxone, Cefixime, Ciprofloxacine, norfloxacine
Serratia	imipenem, Ceftriaxone, cefoxitine rifampicine
Staphylococcus aureus	Cefalotine, cefixime, ceftriaxone, ceftazidime, érythromycine, acide fucidique

**Tableau L** : Répartition selon la résistance des germes aux antibiotiques testés

<b>Germes</b>	<b>Antibiotiques</b>
Escherichia coli	Amoxicilline + Acide clavulanique, Cotrimoxazole, doxycycline
Serratia	amoxicilline, ampicilline, amikacine, acide nalidixique
Staphylococcus aureus	Pénicilline G, Amoxicilline, Ampicilline, Amoxicilline+ Acide clavulanique

**Tableau LI : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates**

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	23	74,2
Complications	5	16,1
Décès	3	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Les suites opératoires ont été simples dans 74,2% des cas avec 9,7 % de décès par choc septique.

**Tableau LII : Répartition des patients selon le type de complications**

Types de complication	Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	4	12,9
Suppuration pariétale + fistule digestive + éviscération	1	3,2
<b>N=31</b>		

La suppuration pariétale était la complication la plus représentée avec 12,9% des cas.

**Tableau LIII : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
1-7 jours	19	61,3
8-14 jours	8	25,8
> 14 jours	4	12,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,8 jours avec des extrêmes de 1-44 jours

**Tableau LIV répartition des patients selon le suivi à 1 mois**

Mode de suivi	Effectif	Pourcentage
Sur rendez-vous	18	58,1
Visite à domicile (VAD)	7	22,6
Perdu de vu	3	9,7

La majorité de nos patients soit 80,6% ont bénéficié d'un suivi à un moi post opératoire

**Tableau LV : Répartition des patients selon le résultat du suivi à un (1) mois**

SUIVI	Effectif	Pourcentage
Evolution favorable avec cicatrisation complète	23	74,2
Persistance de la suppuration pariétale	2	6,4
<b>N=31</b>		

L'évolution était favorable avec cicatrisation complète chez 74,2% de nos patients

**Tableau LIV répartition des patients selon le résultat du suivi à 3 mois**

SUIVI	Effectif	Pourcentage
Evolution favorable avec cicatrisation complète	24	77,4
Eventration	1	3,2
<b>N=31</b>		

Un patient a présenté une éventration post opératoire après cicatrisation complète

**Tableau LV : Répartition des patients selon le coût direct**

Coût direct (f CFA)	Fréquence	Pourcentage
< 100.000	6	19,4
100.000 à 150.000	22	71,0
> 150.000	3	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

**Tableau LVI : Répartition des patients selon le coût indirect**

Coût indirect (f CFA)	Fréquence	Pourcentage
< 25.000	6	19,4
25.000 à 50.000	22	71,0
> 50.000	3	9,7
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

**Tableau LVII : Répartition des patients selon le coût total de la prise en charge (PEC)**

Coût total de la PEC (f CFA)	Fréquence	Pourcentage
≤ 150.000	6	19,4
150.000-200.000	21	67,7
> 200.000	4	12,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Le coût moyen de la prise en charge était de 173 380 francs CFA

### ANALYSE BI VARIEE

**Tableau LVIII : Age et complication**

Age	Complications		Total
	oui	non	
inf à 15 ans	2	11	13
15-30	4	10	14
31-45	0	1	1
Sup à 45 ans	2	1	3
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>31</b>

Khi-deux=3,75

ddl=3

p=0,29

**Tableau LIX : Age et suites opératoires**

Age	Suites opératoires				Total
	simples	Suppuration pariétale	Suppuration+ fistule	Décès	
inf à 15 ans	11	0	1	1	13
15-30	10	4	0	0	14
31-45	1	0	0	0	1
Sup à 45ans	1	0	0	2	3
<b>Total</b>	23	4	1	3	31

Khi-deux=18,78    ddl=9    p=0,027

**Tableau LX: Age et décès**

Age	Décès		Total
	oui	non	
inf a 15 ans	1	12	13
15-30	0	14	14
31-45	0	1	1
sup 45 ans	2	1	3
<b>Total</b>	3	28	31

Khi-deux=12,81    ddl=3    p=0,005

**Tableau LXI** : Délai de consultation et complications

Délai de consultation	complications		Total
	oui	non	
inf à 3 jours	0	1	1
3 à 7 jours	2	16	18
Sup à 7 jours	6	6	12
Total	8	23	31

Khi-deux=6,04      ddl=2      p=0,049

**Tableau LXII**: Sexe et complications

Sexe	Complications		Total
	oui	non	
Masculin	5	17	22
Féminin	3	6	9
Total	8	23	31

TEST EXACT DE FISHER= 0,42      ddl=1      p=0,66



## VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 6-1 METHODOLOGIE :

Nous avons réalisé une étude prospective et descriptive sur douze (12) mois du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre 2016. Elle a été portée sur 31 patients opérés péritonite appendiculaire.

Les patients ont été recensés à partir des dossiers d'hospitalisation et des registres de compte rendu

Au cours de notre étude, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés telles que :

-Le mauvais archivage,

-L'insuffisance du plateau technique rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires en urgence (prélèvement de pus + antibiogramme, ionogramme sanguin, la créatinémie etc.)

-ruptures de poches pour l'approvisionnement de sang et Produits labiles sanguins (PLS)

- Le faible pouvoir d'achat des malades et l'absence d'assurance maladie rendant difficile la prise en charge rapide de certains patients.

### 6-2 Epidémiologie

#### 6-2-1 Fréquence

**Tableau LXIII :** fréquence des péritonites appendiculaires selon les auteurs

Auteurs	YAOKREH J-B (RCI) 2015[25]	OUANGRE E (Burkina Faso) 2013 [26]	KANTE L (Mali) 2006 [27]	MALLE O (CSRef CI Bko) 2012 [28]	Notre étude 2016
<b>EFFECTIF</b>	82/171	73/221	17/40	21/40	31/59
<b>Fréquence</b>	47.9%	33%	42.5%	52.5%	52.5
<b>Test</b>	Chi2=0,37	Ch2=7,59	Ch2=0,96	Ch2=0,00	-
<b>statistique</b>	P=0,54	P=0.0058	P=0,33	P=0,99	-

Malgré les avancés dans la prise en charge de l'appendicite, la fréquence des péritonites d'origine appendiculaire reste élevée. Elle demeure la principale étiologie des péritonites.

Dans notre série les péritonites appendiculaires ont représentées 52,5% des péritonites aiguës. Ces résultats sont comparables à ceux des différents auteurs [25] [27] [28]

### 6-2-2 Sex-ratio

**Tableau LXIV : Sex-ratio selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Sex-ratio</b>	<b>Effectif</b>
<b>BAKHOU A.</b>	2.14	63
<b>Maroc (2012) [29]</b>		
<b>BERTHE A et Coll France (2012)</b>	1.20	95
<b>[30]</b>		
<b>KONATE E B</b>	2.07	43
<b>Mali (2014) [31]</b>		
<b>MARIAGE M</b>	1.22	89
<b>France (2016) [32]</b>		
<b>Notre étude</b>	<b>2.44</b>	<b>31</b>

Le sexe n'est pas un facteur de risque des péritonites ; cependant, la prédominance masculine observée dans notre étude est en accord avec les différents auteurs.

### 6-2-3 Age selon les auteurs

**Tableau LXV: Age moyen selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Age moyen</b>	<b>Effectif</b>
<b>Harouna Y NIGER (2005)</b>	<b>26</b>	<b>70</b>
<b>[33]</b>		
<b>CAMARA B</b>	<b>22.5</b>	<b>137</b>
<b>Mali (2008) [4]</b>		
<b>MARIAGE M</b>	<b>39.8</b>	<b>89</b>
<b>France (2016) [32]</b>		
<b>Notre étude</b>	<b>20.42</b>	<b>31</b>

L'âge moyen de nos patients était de 20,42 ans avec des extrêmes de 4 ans et 58 ans .Cet âge moyen est comparable à celui de Harouna Y au Niger [33] et de Camara B au Mali [4] qui ont respectivement trouvé 26ans et 22,5 ans. Il est nettement inférieur à celui de Mariage M

en France [32] qui dans sa série avait trouvé un âge moyen de 39,8 ans, cela pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population africaine.

### 6-3 ETUDE CLINIQUE

#### 6-3-1 Délai de consultation

**Tableau LXVI : Délai de consultation selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Délai moyen (jours)</b>
<b>BAKHOU A.</b>	<b>63</b>	<b>5</b>
<b>Maroc (2012) [29]</b>		
<b>CAMARA B</b>	<b>137</b>	<b>5,8</b>
<b>Mali (2008) [4]</b>		
<b>Faniez</b>	<b>140</b>	<b>1</b>
<b>France 1992 [2]</b>		
<b>MARIAGE M</b>	<b>89</b>	<b>1</b>
<b>France (2016) [32]</b>		
<b>Notre série</b>	<b>31</b>	<b>5,7</b>

Un long délai de consultation est observé dans les séries africaines [4 ; 29], en moyenne entre 5-6 jours, contre seulement 1 jour en France [2, 32].

Le délai moyen de consultation dans notre étude était de 5,7 jours qui reste proche de celui des auteurs africaines.

Ce délai reste supérieur à celui observé dans les séries françaises [2, 32]

Ce retard de consultation serait lié :

- ✓ Au recours à l'automédication et au traitement traditionnel en première intention,
- ✓ Au manque de moyens financiers et l'absence d'assurance maladie,
- ✓ A l'insuffisance de la couverture sanitaire.
- ✓ A l'organisation du système national de santé

### 6-3-2 SIGNES CLINIQUES

L'agression chimique et/ou septique du péritoine, dans la péritonite, entraîne de profondes modifications à la fois péritonéales et systémiques avec des retentissements local et général qui sont à l'origine des signes suivants [21] :

#### 6-3-2-1- Les signes fonctionnels :

**Tableau LXVII** : Comparaison des principaux signes fonctionnels selon les auteurs

Auteurs	KUNIN France 1991[34] N = 216	JHOBTA Inde 2006[35] N=504	BAKHOU A. Maroc (2012) [29] N=63	CAMARA B Mali 2008 [4] N=137	Notre étude N=31
Douleur abdominale	95	98	100%	100%	100%
<b>Vomissement</b>	<b>81</b>	<b>66</b>	<b>96%</b>	<b>69.3</b>	<b>80.6</b>
Arrêt des matières et des gaz (AMG)	14,3	-	19%	-	6.4

La douleur abdominale intense, permanente est le symptôme le plus constant [36].

Elle reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs

[37 ; 38 ; 39 ; 40 ; 41 ; 42]. Dans notre étude elle était présente chez tous les malades. Ce résultat est conforme aux données de la littérature [4 ; 29].

Les vomissements ont été retrouvés chez 80,6% des patients. Selon le stade évolutif de la péritonite aigue ils étaient alimentaires (35,5%) ou bilieux (42,5%). Ce taux ne diffère pas statistiquement des 69,3% de CAMARA B [4] au Mali (P=0,21). Ils traduisent l'expression de l'iléus paralytique dans les formes généralisées, et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques [43].

L'arrêt des matières et des gaz témoigne une paralysie intestinale franche. Il peut être précoce ou tardif ; d'installation progressive [43]. Les 6,4% de notre série ne diffère pas statistiquement des 14,3% de KUNIN [34] en France

#### 6-3-2-2- Les signes généraux :

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale [44].

**La fièvre** habituellement élevée dès le début. La notion de fièvre a été rapporté par tous (100%) nos patients avant l'admission mais n'a été chiffrée que chez 41,9% de nos patients

contre 85,7% de CAMARA B ( $p=0,00$ ) cette différence pourrait s'expliquer par le faite que la majorité de nos patients (83,9%) avaient reçu des antalgiques et/ou antipyrétiques avant leur admission.

### 6-3-2-3-Signes physiques :

**Tableau LXVIII** : signes physiques selon les auteurs

Auteurs	Faniez France 1992[2] N=140	BAKHOU A. Maroc (2012) [29] N=63	CAMARA B Mali (2008) [4] N=137	Notre série N=31
<b>Abolition de la respiration abdominale</b>	50%	-	67.8%	64,5%
<b>Défense localisée</b>	-	76%	19,7%	19,4%
<b>Contracture</b>	30%	11%	89,1%	80,6%
<b>Douleur du cul de sac de Douglas</b>	50%	47%	93,4%	100%

Le diagnostic de péritonite est avant tout clinique.

La contracture abdominale est le signe physique majeur [44], si l'examen est précoce elle peut être localisée ou se limitée à une simple défense généralisée [40] qui a la même signification sémiologique [44]. Elle a été notée chez 80,6% de nos patients. Ce taux varie entre 20,8% à 89% selon les auteurs [34, 45, 46, 47, 48].

Cette différence pourrait être liée au retard de consultation et l'insuffisance du plateau technique en Afrique.

L'immobilité de l'abdomen traduit l'attaque péritonéale, c'est un symptôme fréquemment rencontré [49] elle a été trouvée chez 64,5% de nos patients. Ce taux est comparable à ceux de CAMARA B [4] ( $p=0,72$ ) et Faniez [2] ( $p=0,14$ ).

La douleur dans le douglas présente un intérêt diagnostique dans le syndrome péritonéal, témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été notée chez 100 % de nos malades. Ce taux ne diffère pas statistiquement de celui de CAMARA B. [4] ( $p=0,30$ ), mais supérieur à celui de Faniez [2] ( $p=0,00$ ) cette différence pourrait être liée au stade d'évolution de la maladie.

Ces 3 signes pariétaux ont été les arguments cliniques de poids pour différencier la péritonite appendiculaire et l'appendicite.

### 6-3-3 Examens Complémentaires

La péritonite appendiculaire réalise un tableau de péritonite aiguë dont le diagnostic est essentiellement clinique. La confirmation est per opératoire. Aucun examen (imagerie, biologie) n'est indispensable et ne doit pas retarder la sanction chirurgicale qui s'impose en urgence, mais sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite [2, 50, 51].

#### 6-3-3-1 IMAGERIE :

**Tableau LXIX :** Comparaison des Imageries médicales demandées selon les auteurs

Examens demandés Auteurs	Echographie abdominale	ASP	TDM abdominale
<b>CAMARA B [4]</b>	8,7%	5,1%	Non demandé
<b>BAKHOU A. Maroc (2012) [29]</b>	36,5%	86%	Non demandé
<b>MARIAGE M France (2016) [32]</b>	40,5%	-	86,5
<b>Notre série (2016)</b>	90,3%	51,6%	Non demandé

#### 6-3-3-1-1 ECHOGRAPHIE :

L'échographie abdominale est devenu un examen courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels [52]

Les signes positifs sont une structure tubulaire de plus de 6 mm de diamètre et parfois un stercolithe intraluminal, non visible à l'ASP. Il est également possible de voir un épanchement dans la cavité péritonéale péri appendiculaire (abcès) ou diffus (péritonite) [52]. En sachant que l'absence d'épanchement n'élimine en rien une péritonite [52].

Elle a été demandée chez 90,3 de nos patients contre 40,5% dans la série de MARIAGE M.[32] Cette différence pourrait être dû à l'accessibilité et la disponibilité faciles du scanner dans les pays développés, elle a permis d'objectiver : un épanchement péritonéal et/ou une lésion appendiculaire chez 27 (87,1%) de nos patients.

### **6-3-3-1-2 ASP :**

Elle peut montrer des signes en rapport avec la péritonite et ou des signes orientant vers l'étiologie elle n'a pas été systématique dans notre série. Il a été demandé chez 51,6% de nos patients car le diagnostic était évident et confirmé par l'échographie.

Elle a permis d'objectiver une grisaille diffuse chez 13 (81,3%) de ces patients associés à des niveaux hydro-aérique parfois.

Le pneumopéritoine n'a pas été retrouvé dans notre étude. Son absence dans la perforation appendiculaire apparaît comme un signe distinctif très important [2,50]

### **6-3-3-1-3 LA TOMODENSITOMETRIE ABDOMINALE :**

Compte tenu de son coût élevé, elle n'a pas été demandée dans notre étude car le diagnostic était franc cliniquement. Ce résultat est conforme avec ceux observé dans les séries africaines [4, 29,53]. Cependant elle a été demandée chez 86,5% des patients dans la série de MARIAGE M. en France [32] et a permis de confirmer le diagnostic de péritonite chez 46,1 % des cas.

Elle reste peu utilisée chez l'enfant du fait de la bonne valeur de l'échographie et de l'exposition aux radiations ionisantes. Mais elle garde un intérêt en cas de doute diagnostique [52].

### **6-3-3-2 BIOLOGIE**

La numération formule sanguine(NFS) montre habituellement une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. Mais il n'y a pas de corrélation entre le taux de globules blancs et la gravité de l'appendicite. Dans notre étude 18 (58%) patients avaient une hyperleucocytose contre 86% et 95,9 % dans respectivement la série de BAKHOU A. [29] et BENZIANE R. [53].Elle était parfois associée à une anémie chez 5 patients soit 16,1% de nos cas.

Certains auteurs notent une élévation de la Protéine C-réactive [29 ; 32]. Elle n'a été faite chez aucun de nos patients car elle n'était pas réalisable en urgence dans notre contexte.

### **6-3-4.TRAITEMENT**

Le traitement de la péritonite appendiculaire comprend : **la chirurgie, l'antibiothérapie, la réanimation** [2].

**6-3-4-1. Réanimation :** c'est le premier temps essentiel, elle associe :

La rééquilibration hydro – électrolytique et hématologique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale [2,54].

Dans notre série tous nos patients ont bénéficié d'une réanimation. Cette réanimation a été brève en pré opératoire (quelques heures avant la laparotomie) poursuivie en post opératoire. Elle était couplée à la mise en place de sondes nasogastrique et urinaire pour évaluer le bilan hydrique (entrées et sorties).

#### **6-3-4-2 L'antibiothérapie :**

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre la bactériémie [2]. Si le traitement antibiotique est unanimement reconnu comme étant nécessaire, ses modalités font actuellement l'objet de controverses. Les molécules utilisées, leur dose, leur association et la durée du traitement ne sont pas consensuels et aucune étude ne permet de prouver l'existence d'un protocole thérapeutique supérieur à un autre. Les grandes lignes sont l'utilisation de molécules efficaces sur la flore digestive aérobie et anaérobie. Pour des raisons de coût faible et de bonne tolérance chez l'enfant, les bêtalactamines associées dans les formes compliquées à du métronidazole et des aminosides sont les antibiotiques de premier choix. Cette antibiothérapie est intraveineuse en péri opératoire [52].

Les produits utilisés doivent être actifs sur les germes aérobies et anaérobies, les plus souvent rencontrés et avoir une bonne pénétration intrapéritonéale.

L'association aminoside, imidazolé et bêtalactamines correspondant à ce schéma [2, 50].

Dans notre série nous avons utilisé l'association (ceftriaxone-Gentamicine-métronidazole), secondairement modifiée au besoin en fonction du résultat de l'antibiogramme et l'évolution clinique. Cette antibiothérapie était parentérale en périopératoire.

Cette association a été utilisée par plusieurs auteurs [25,29]

Elle était conforme aux recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation [55]

Ainsi la plupart (85,7) des germes isolés dans notre série étaient sensible à la Ceftriaxone, Colistine, Gentamicine et aux nouvelles quinolones d'où nous devons de ce fait penser à ces molécules dans le cadre d'une antibiothérapie probabiliste dans les péritonites appendiculaires. En effet cette antibiothérapie doit passer par voie parentérale pendant les premiers jours pour obtenir une concentration péritonéale efficace ensuite le relais per os (après la reprise du transit).

Il y a toujours des désaccords concernant la durée du traitement antibiotique [56].

Toute infection locale ou généralisée en chirurgie digestive doit être traitée par une antibiothérapie de 7 jours ou plus, suivant l'évolution [57].

Dans notre série 61,3 % de nos patients ont reçu une antibiothérapie de 7 à 15 jours avec une durée moyenne de 15,4 jours contre 8 jours selon Mariage M. en France[32] cette différences



pourrait s'expliquer par le fait que la péritonite était localisée dans la plupart des cas (67,4%) et la chirurgie était laparoscopique dans 96,6% des cas.

### **6-3-4-3 La chirurgie :**

La prise en charge chirurgicale des péritonites communautaires représente l'essentiel de la thérapeutique. Elle doit être aussi précoce que possible et assurer la suppression de la cause de l'inoculum : devant une lésion appendiculaire, l'appendicectomie est de règle.

#### **6-3-4-3-1 Délai d'intervention**

La préparation préopératoire doit permettre de corriger les principales perturbations métaboliques et hémodynamiques. Quoi qu'il en soit, l'intervention chirurgicale ne sera pas différée de plus de quelques heures, même et surtout si l'état de choc persiste malgré une réanimation intensive [56].

Dans notre étude tous nos patients ont été opérés dans les 24 heures suivants l'admission avec 70,9 % des patients opérés le même jour de l'admission.

Soulignons qu'un allongement du délai préopératoire peut correspondre à une contrainte organisationnelle du bloc opératoire.

Les études magrébine et européennes montrent des délais d'intervention comparables à ceux de notre étude :

Au Maroc BAKHOU A. [29] a relevé 70% des patients opérés le même jour

Les scandinaves, Paajanen et coll. Observaient que 50% des patients étaient opérés dans les 24 premières heures. Un tiers des enfants étaient hospitalisés depuis 2 jours quand ils ont atteint le bloc opératoire [58].

Selon les allemands, Chande et coll., la moyenne était de 12,35 heures, la médiane de 3 heures, avec des extrêmes de 1 à 125 heures [59].

#### **6-3-4-3-2 Voie d'abord :**

Dans notre contexte, la cœlioscopie n'était pas disponible, la voie d'abord de prédilection était la laparotomie elle offre un confort total pour faire l'appendicectomie et surtout permet l'aspiration efficace de tout le pus et un lavage complet des anses grêles et des feuillets mésentériques mais aussi des coupoles diaphragmatiques, flancs, douglas.

Elle a été utilisée chez 77,4% de nos patients, et dans 22,6% par incision McBurney élargie.

Ces résultats ne diffèrent pas des séries africaines :

-Au Maroc BAKHOU A.[29] a trouvé 96,5% de laparotomie médiane et 3,5% d'incision de McBurney.

-Au Mali CAMARA B [4] a utilisé la voie médiane dans 91,3%.

Par contre en Europe la voie laparoscopique a fait l'objet de plusieurs études concluant que la prise en charge laparoscopique des appendicites compliquées était possible et sans danger et que le recours à une laparotomie n'était nécessaire qu'en cas d'échec.

Elle aurait pour bénéfice comme réduction de :

- la douleur postopératoire,
- durée d'hospitalisation,
- adhérences et occlusions sur brides.

Le surcout lié aux matériels utilisés est l'un des essentiels inconvénients [60,61, 62, 63].

En France dans la série de MARIAGE M.[32], 96,6% des patients ont été opérés sous laparoscopie.

#### 6-3-4-3-3 Sièges de l'appendice :

**Tableau LXX : Sièges de l'appendice selon les auteurs**

Siège de l'appendice	HAROUNA Y. 2000[33]	BAKHOU Maroc 2012[32]	CAMARA MALI 2006[4]	Notre étude
<b>Latéro-caecal</b>	62,2	24	76	83,9
<b>Rétro caecal</b>	22,1	32	10	12,9
<b>Sous hépatique</b>	4,1	3	-	3,2
<b>Mésocoeliaque</b>	-	27	7,4	-
<b>Pelvien</b>	5,5		6,6	-

De l'ombilic, au fond du Douglas, d'une épine iliaque à l'autre, l'appendice peut être partout [49].

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de la rotation embryologique, soit indépendantes de la position du cæcum. La FID a été le principal siège de l'appendice chez nos malades (**96,8% des cas**) comme l'atteste la littérature générale ainsi que les études qui ont été réalisées au **MALI** [4] en **France** [32] et au **Niger** [33]. Nous rapportons **1** cas d'appendicite sous hépatique.

#### 6-3-4-3-4 TECHNIQUE OPERATOIRE

Tous les auteurs sont unanimes qu'il faut éradiquer le foyer infectieux, lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique.

L'appendicectomie reste la solution idéale dans la péritonite appendiculaire, nous l'avons pratiqué chez tous nos malades comme d'autres auteurs [2,50].

Certains auteurs pratiquent l'enfouissement systématique du moignon appendiculaire. Ils soutiennent que cette pratique isole le moignon septique de la cavité péritonéale, diminue ainsi le risque infectieux et celui des brides.

D'autres au contraire condamnent cette pratique. Pour eux la nécrose du moignon se faisant en vase clos entraînerait la pullulation des germes qui favorise la perforation du bas fond caecal [64, 65, 66, 67].

L'appendicectomie avec ou sans enfouissement associée à une toilette péritonéale abondante au sérum salée physiologique et un drainage systématique des gouttières pariéto-coliques et du douglas ont été réalisés chez tous nos patients. Dans notre série 58,1% de nos patients ont bénéficiés d'un enfouissement du moignon.

## 6-5-EVOLUTION

### 6-5-1 Morbidités

**Tableau LXXI** : suites opératoires immédiates selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Morbidité	Tests statistiques
<b>Harouna Y Niger 2005 [33]</b>	70	18,5	P=0,77
<b>CAMARA B Mali 2008[4]</b>	137	15,3	P=0,87
<b>OUANGRE E (Burkina Faso) 2013 [26]</b>	73	23,3	P=0,41
<b>YAKREH J-B (RCI) 2015[25]</b>	82	15,8	P=0,80
<b>MARIAGE M. France 2016[32]</b>	89	24,7	P=0,32
<b>Notre étude 2016</b>	31	16,1	-

Le taux de morbidité de 16,1% ne diffère pas statistiquement de ceux des auteurs africains. Dans notre série la morbidité post opératoire a été marqué par des complications à type de suppuration pariétale chez 4 patients (12,9%) et 1 patient (3,2%) a présenté une suppuration pariétale, une fistule digestive à bas débit avec une éviscération couverte. Aucun de nos patients n'a fait objet de reprise chirurgicale.

Les facteurs de morbidité retrouvés dans notre série étaient l'âge ( $p=0,027$ ) et le délai de consultation ( $p=0,049$ ).

### 6-5-2 Mortalités

**Tableau LXXII** : mortalité selon les auteurs

Auteurs	DISSA B A MALI 2011[69]	YAOKREH J-B (RCI) 2015[25]	OUANGRE E. (Burkina Faso) 2013 [26]	MARIAGE M. France 2016[32]	Notre étude
<b>Effectif</b>	5/30	1/82	12/73	1/89	3/31
<b>Mortalité</b>	16,6	1,2	16,4	1,1	9,7
<b>Test statistique</b>	<b>P=0,67</b>	<b>P=0.1</b>	<b>P=0,55</b>	<b>0,08</b>	-

La mortalité des péritonites aiguës varie selon l'étiologie. Dans les séries africaines [25, 26, 69] et la nôtre, la mortalité des péritonites appendiculaires varie entre 1% -17%, contre 1,1 en France [32].

La littérature européenne estime cette mortalité < 10% [2].

Dans notre série nous avons eu trois (3) décès soit 9,7% par choc septique, le facteur de mortalité retrouvé était l'âge ( $p=0,005$ )

Les facteurs pronostiques rapportés dans les séries africaines sont essentiellement:

- le retard de consultation lié à certaines pratiques traditionnelles,
- Et aux modestes moyens diagnostiques et thérapeutiques.

Les causes de décès rapportées dans les séries africaines sont essentiellement (le choc septique et hypovolémique, la fistule digestive, défaillance poly viscérale [25, 26, 69].

La mortalité des péritonites extrahospitalières varie entre 0 % et plus de 40 % selon l'étiologie, la population étudiée et la sévérité clinique initiale [71, 72, 73].

Les péritonites d'origine appendiculaire paraissent de meilleur pronostic [70].

## **VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **7-1 CONCLUSION**

Les péritonites appendiculaires constituent l'une des entités étiologiques la plus fréquente. Elles sont caractérisées par un retard de consultation. Le diagnostic est surtout clinique et la prise en charge est médico-chirurgicale. Malgré qu'elles aient un bon pronostic, leur mortalité et morbidité ne sont pas négligeables dans les pays en voie de développement. Une amélioration du plateau technique, une couverture sanitaire suffisante et une éducation pour la santé pourraient diminuer le taux mortalité et morbidité.

## **7-2 RECOMMANDATIONS**

### **7-2 -1 A la population**

- consulter immédiatement devant toute douleur abdominale
- Eviter l'automédication

### **7-2-2 Aux autorités sanitaires**

- Assurer une bonne répartition des spécialistes dans les régions.
- Equiper l'hôpital en moyens matériel diagnostique et thérapeutique : endoscopie ; réactifs et consommables du laboratoire.
- Renforcer le service social dans la prise en charge des démunis.

### **7-2-3 Aux personnels sanitaires**

- Examiner de façon minutieuse chaque malade.
- Référer tous patients présentant un problème de diagnostic ou de prise en charge dans un bref délai.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire et interservices.
- Eviter l'utilisation abusive des antibiotiques en utilisant le référentiel de l'utilisation des antibiotiques du Mali

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1- Dr Calin Lazar Constantin:**

Internat Mémoire, éditions Vernazobres - Gregor, 99 bd de l'hôpital -75013.

Paris : Urgences chirurgicales, 2ème Edition: n° 275 ; péritonite P 109.

### **2. Faniez PL, Koffi E, Panis Y.**

Péritonites appendiculaires

Rev prat (Paris) 1992 ; 42(6) :706 –10

### **3.Ohmann C et al.**

Neues Zur Epidemiologic der akuten appendicitis.

Chirurg 2002; 769-776

### **4.Camara B**

Péritonites par perforation appendiculaire dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med Bamako 2008

### **5. Coulibaly EB**

Les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

These med Bamako 2014

### **6. Cissé B.**

Les perforations digestives dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Thèse med Bamako 2003 n °54

### **8.Flum DR et al .**

Has is diagnosis of appendicitis decreased over time?

A population –based analysis.

JMA 2001.286;742

**9. Kraemer M , Kraemer K, Leppert R.**

Perforating appendicitis: is it a separate disease? Acute abdominal pain study group.

Eur J Surg.1999

**10. Chavda SK, Hassan S.**

Appendicitis at Kenyatta national hospital, Nairobi.

East Afr Med J.2005 Oct, 82(10):526-30

**13 .Traoré LS**

Etudes des péritonites aiguës au CHU de Kati

Thèse med Bamako 2014

**14. Konaté H.**

Abdomens aigus chirurgicaux dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse med Bamako 2001; n°67

**15 .Traoré T.**

Les urgences abdominales à l'hôpital régional de Ségou.

Thèse méd. Bamako 2000 ; n°35

**16. Rouvière H.**

Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc

Edition Masson 1998; Tome 2

**17. Kamina P.**

Dictionnaire Atlas d'Anatomie, P-Z

Malione S.A Editeur 1983 : 1742-44

**18. Kamina P.**

Dictionnaire Atlas d'anatomie, A-F

Maloine S.A Editeur 1983 : P74-86

**19. Faniez PL, Serpeau, Thomson C.**

Péritonite aiguë

Encycl. Med Chir Estomac –Intestin 1982 ; 9045 A10, 6



**20. Chevalier JM:**

Anatomie : Le Tronc

Flammarion Med -Sciences(Paris) 1998

**21. Maiga B.**

Contribution à l'étude des appendicites: aspect clinique, anatomopathologique, et étiologique.

These Med Bamako 1975

**22. Barbier J, Carretier M.**

Péritonite aiguës

Encycl Med –Chir Urgences 1988; 24048 B10, 2:p18

**23. Rohr S et al.**

Appendicite aigue

EMC (Paris) gastro- entérologie 1999; 9- 066 A10 – 11p

**24. Marchal G, Hoff X, Pailler JL, Perret M.**

Connaissance du corps Humain

Edition épigone (Paris) 1992 ; 10-13 :220p

**25. Yaokreh J-B, Coulibaly O, Kouamé DB, Koffi KM, Tembely S, Kouamé YSG, Soukéré M, Odéhoury-Koudou HT, Dieth AG, Ouattara O, Rufin Dick KR.**

Etude descriptive des péritonites chez l'enfant au CHU de Yopougon

EDUCI 2015. *Rev int sc méd* 2015;17,4:173-177.

**26. OUANGRE E, ZIDA M, BONKOUNGOU P G, SANOU A, TRAORE S**

Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : à propos de 221 cas.

Rev. CAMES SANTE Vol.1, N° 2, Décembre 2013

**27. Kanté L, Diakité I, Togo A, Dembélé BT, Traoré A, Maiga A, Samaké A, Samaké H, Keita M, Traoré I, Diallo G**

Péritonites aiguës généralisées à l'hôpital sominé DOLO de Mopti: aspects épidémiologiques et thérapeutiques

Mali médical 2013 tome xxviii n°3

**28. MALLE O A.**

Péritonites au CSREF de la commune I de Bamako : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Thèse med Bamako 2015 n°145

**29. BAKHOU A.**

Les péritonites appendiculaires chez l'enfant

Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU Marrakech

Thèse Marrakech 2012 n° 25

**30. Berthe-Aucejoa,\* M. Postairea, A. Cheikhlarb, J.-R. Zaharc, P. Bourgeta**

Antibiothérapie dans les péritonites appendiculaires de l'enfant : le relais par voie orale est-il effectué ?

Elsevier Masson 2012 Archives de Pédiatrie 2012;19:1303-1307

Disponible en ligne sur

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

**31. KONATE E B**

Péritonites aiguës généralisées : aspects thérapeutiques et pronostiques au service de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Thèse méd. BAMAKO 2014 n°

**32. MARIAGE Maxime**

Péritonite stercorale d'origine appendiculaire : une forme rare et grave d'appendicite aiguë

Thèse méd. Amiens 2016 n°174

**33. Harouna Y et al.**

Les péritonites appendiculaires généralisées à propos de 70 cas à l'hôpital national de Niamey.

Communication scientifique ACAF Bamako 9 Dec.2005

**34. Kunin N, Letoquard JP.**

Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : analyse statistique multifactorielle de 216 observations.

J Chir (Paris) 1991 ; 128(11) :481-6

**35. Jhobta RS, Attri AK, kaushik R.**

Spectrum of perforation peritonitis in India-review of 504 consecutive cases.

World J of emergency surg 2006, 1:26

**36-Le Treut YP.**

Péritonites aiguës : Physiopathologie, étiologie, diagnostic, évolution, traitement.

Rev Prat (Paris) 1993 ; 43 (3) : 259-62.

**37-COULIBALY O S.**

Perforations digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du Point G à propos de 120 cas

Thèse med Bamako 1999; N° 188: 99.

**38-SISSOKO F, ONGOIBA N, BERETE S.**

Les péritonites par perforation iléale en chirurgie «B» de l'hôpital du Point «G ».

Mali Med 2003 ; 18(1/2) :22- 24.

**39-RIBAULT L.**

Intubation iléo -colique droite après résection de l'iléon terminal pour péritonite généralisée secondaire à une perforation iléale.

Chir 1990; 116: 216 - 28.

**40- MALLICK S, KLEIN JF.**

Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique :

A propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais.

Med Trop 2001 ; 61: 491 - 94.

**41- CHARLES N.**

Improvement in survival from typhoid ileal perforation (Results of 221 operative cases).

Ann Surg 1992 ; 215 (3) : 244 - 49.

**42-CLOT P H.**

Contusions et plaies de l'abdomen.

Encycl Med. Chir (Paris) Urgences 19882 ; 24039A 10 : 11 - 79.

**43-POILLEUX F et collaborateurs.**

**Sémiologie chirurgicale** : Sémiologie du péritoine (Rappels généraux anatomiques et physiopathologiques).

Paris : Flammarion-Médecine et sciences, Tome II (Appareil digestif),

4eme Edition 1979 ; 971.

**44. Faniez PL, Serpeau, Thomson C.**

Péritonite aigue

Encycl. Med Chir Estomac –Intestin 1982 ; 9045 A10, 6

**45. Dembelé B.**

Les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako à propos de 200 cas.

Thèse med Bamako 2005; n°215

**46. Adesunkanmi A.**

Acute Generalised peritonitis in African Children: Assessment of severity of illness using modified APACHE II Score.

J surg 2003; 73(5):275-9

**47. Cougard P, Barrat C.**

Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique

Ann Chir 2000 ; 125:726-31

**48. Sakhri J.**

Traitement des ulcères duodénaux perforés

Tunisie Médicale 2000; Vol 78, N° 08-09

**49. Mondor H.**

Diagnostics urgents abdomen

Masson 9è éd 1979; 1190, 24cm

**50. Flamant Y.**

Complications de l'appendicite aiguë

Rev Prat (paris) 1994 ; 44 :2231-35

**51. Jean YM, Jean LC.**

Péritonite aiguë

Rev Prat (Paris) 2001 ; 51 :2141-45

**[52] Podevin G., M. Barussaud, M.-D. Leclair, Y.**

Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant 2005. EMC-Pédiatrie-maladies infectieuses 2013(4) :1-6[Article 4-018-Y-10]

**53. BENZIANE R**

Appendicite et péritonite appendiculaire chez l'enfant à l'hôpital provincial de TETOUAN à propos de 226 cas

Thèse med RABBAT 2012 n°46

**54. James K, Ahouangbevi A.**

La Netilmicine dans les infections en chirurgie au CHU de Lomé :

Med d'Afrique noire, 1990 ; 37(11)

**55. M. OUALI, O. Rahil**

Antibiothérapie pour péritonites appendiculaires chez l'enfant. Devons-nous changer nos habitudes ?

Annales françaises d'anesthésie et de réanimation volume 33, (3 suppl) 2014 : A393-A394

Disponible en ligne : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2014.07.672>

(Consulté le 08/12/17)

**56. Lund DP, Murphy EU.**

Management of perforated appendicitis in children : a decade of aggressive treatment .

J Pediatr surg 1994; 29(8): 1130-1134

**57. Société française d'anesthésie et de réanimation**

Prise en charge des péritonites communautaires

Conférence de consensus du 16 juin 2000. Hôpital d'instruction des armées de Begin (94).

Texte court : 11 pages

**58. Curran TJ, Muenchow SK.**

The treatment of complicated appendicitis in children using peritoneal drainage: results of a public hospital.

J Pediatr Surg 1993; 28: 204208

**59. Chande VT, Kinnan JM.**

Role of the primary care provider in expediting care of children with acute appendicitis.

Arch pediatr adolescent Med 1996;150: 703706.

**60. David A. Patrick MD.**

Prospective evaluation of a primary laparoscopic approach for children presenting with simple or complicated appendicitis

The American journal of surgery 192 2006;192: 750755

**61. Jeffrey R.Horwitz, Monford D,**

Should laparoscopic appendectomy be avoided for complicated appendicitis in children?

Journal of pediatric surgery, vol 32, No 11 (November) 1997: pp 1601-1603

**62. Kwok Kay Yau, MB Ch B (HK), Wing Tai Siu.**

Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis.

The American college of surgeons. 2007

**63. Hannu Lintula, Hannu Kokk.**

Laparoscopy in children with complicated appendicitis.

Journal of pediatric surgery vol 37, No 9 (September) , 2002: pp 1317-1320

**64. Deltre J F.**

Appendicite aiguë et ses complications diagnostic, traitement.

Impact internat 1997 ; 356.

**65. Estour E, Geri JP.**

Traitement coelioscopique des péritonites et abcès appendiculaires primitifs : étude rétrospective à propos de 107 cas

Le journal de coelio. 2003 ; 47 :84-9. ;

**66. Koumaré A K.**

Les appendicites aiguës.

IPN 1992 ; Bamako Mali :2-9.

**67. Riber C. et al.**

Intestinal obstruction after appendectomy.

Scand J Gastro enterol 1997 ; 32 : 1125-1128.

**68. Rivera Diag EM.**

Comparative evaluation of the surgical treatment of acute appendicitis: open appendectomy versus laparoscopic appendectomy in the national hospital

Carlos a. Seguin e. Essalad

Rev Gastroenterol Peru. 2002; 22: 287-96

**69. Dissa B A**

Les péritonites aiguës aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes

Thèse méd. Bamako 2012 ; n°53

**70. Gauzit R., Pean Y., Barth X., Mistretta F., Lalaude O.**

Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis: a French prospective observational multicenter study *Surg Infect* 2009 ; 10 : 119-127

**71. Riche F.C., Dray X., Laisne M.J., Mateo J., Raskine L., Sanson-Le Pors M.J., et al.**

Factors associated with septic shock and mortality in generalized peritonitis: comparison between community-acquired and postoperative peritonitis *Crit Care* 2009 ; 13 : R99

**72. Montravers P., Lepape A., Dubreuil L., Gauzit R., Pean Y., Benchimol D., et al.**

Clinical and microbiological profiles of community-acquired and nosocomial intra-abdominal infections: results of the French prospective, observational EBIIA study *J Antimicrob Chemother* 2009 ; 63 : 785-794 [cross-ref]

**73. Cattan P., Yin D.D., Sarfati E., Lyu R., De Zelicourt M., Fagnani F.**

Cost of care for inpatients with community-acquired intra-abdominal infections *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2002 ; 21 : 787-793 [cross-ref]



## FICHE D'ENQUETE

### Prise en charge des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso

#### I- Identification du patient

**Q1-Numéro de la fiche d'enquête** :...../...../...../

**Q2-Date d'entrée**:...../...../...../

**Q3-Prénom et nom** : .....

**Q4-Age** : /.../ 1=inf 15 2=15-30 3=30-45 4= sup 45

**Q5-Sexe** /...../ 1.Masculin 2.Feminin

**Q6 Profession** :.../.../ 1=élèveur 2=fonctionnaire 3=Ouvrier 4=Commerçant

5=Scolaire 6=Paysan 7=Ménagère 8=Autres

(préciser).....

**Q7-Ethnie** : ..../...../ 1=Sénoufo 2=Bambara 3=Sarakolé 3=Peulh

4=Minianka

5=Autres.....

**Q8-Résidence** : ..../...../ 1. Urbain 2.Rural 3. Autre

pays

**Q9-Statut matrimonial** : /.../ 1.Célibataire. 2. Marié 3. Divorcé

4. Veuf

**Q10-Niveau d'étude** :/.../ 1.Aucun 2. Primaire 3.Secondaire 4.Supérieur

99 .Indéterminé

**Q11-Mode d'admission** : 1.Urgence 2.Consultation externe

4.Autre.....

**Q12-Adressé par** :...../\_\_\_\_/ 1=Aide-soignant 2=Infirmier 3=Médecin

généraliste 4=Médecin spécialiste 5=Parents

6=Autres.....

**Q13-Provenance** : /.../ 1.CSCom 2.CSRef 3.Cabinet ou clinique privé

4.autre :.....

## II-Etude clinique

### Signes fonctionnels :

**Q14-Délai de consultation :** 1. <24h 2=24-72h 3= >72h

**Q15-Motif de consultation :** 1.Douleur abdominale 2.Vomissements 3.AMG  
4.Trouble du transit 5.Autres :..... 99.Indéterminé

**Q16-Douleur abdominale :** /.../

**Q17-Siège de la douleur :** /\_\_\_/ 1=FID 2=FIG 3=Flanc droit 4=Flanc gauche  
5=Hypochondre droit 6=Hypochondre gauche 7=Epigastrique 8=Hypogastrique  
9= Péri-ombilical 10=Diffuse 99=Indéterminé

**Q18-Mode de début de la douleur :** /.../ 1=Brutal 2=Progressif  
3=Intermittente 4=Autres 99=Indéterminé Si autres préciser : .....

**Q19- Type de la douleur :** .../.../ 1=Brûlure 2=piqûre 3=Torsion 4=Pesanteur  
5=Colique 6=Autres 99=Indéterminé

**Q20-Irradiation de la douleur :** .../.../ 1=Organes génitaux 2=Périnée  
3=Latérale 4=Ascendante 5=Diffuse 6=Autres 99=Indéterminé

Si autres préciser : ...../\_\_\_/

**Q21-Intensité de la douleur estimée en E.V.A :** ...../\_\_\_/

1=Faible 2=Moyenne 3=Fort 99=Indéterminé

**Q22-Evolution de la douleur :** ...../\_\_\_/

1=Permanente 2=Intermittente 3=Autres 99=Indéterminé

Si autres préciser : .....

**Q23-Facteur déclenchant../.../** 1=spontanée 2=Effort 3=Stress 4=Repas  
5=Faim 6=Autres 99=Indéterminé Si Autres préciser : .....

**Q24-Facteur calmant :** .../\_\_\_/

1=antalgique (à préciser) 2=Position antalgique (à préciser) 3=Ingestion  
d'aliment

(à préciser) 4=Vomissement 5=émission de selles 6=Autres 99=Indéterminé

Si autres (préciser).....

**Q25-Signes d'accompagnements de la douleur**

**Q26-Nausées/ vomissements** :..../...../ 1-postprandiaux précoces, 2-postprandiaux tardifs, 3-alimentaires, 4-bilieus 5-1+3 6.2+3 7=2+4

**Q27-Fièvre** :/..../ 1.oui : chiffre :.....2.Non

**Q28-Trouble du transit** :/..../ 1.diarrhée 2.constipation 3.Non

**Q29-Signes urinaires** :/..../1. Oui 2.Non :

**Q30-Arrêt de matières et de gaz (AMG)** :/.../ 1.oui 2.Non :

**Q31-Anorexie** :/.../ 1.Oui 2.Non

**Q32-Traitement reçu avant admission** : .../.../

1= Médical 2=Médication traditionnelle 3=aucun 4=1+2 5= autres.....

**Traitement médical reçu**/.../ 1=antalgiques 2=antibiotiques 3=1+2 4=autres

**Q33-Antécédents**

1) **Médicaux** :/.../ 1.HTA 2.Epigastralgie/UGD 3.Diabète 4.Drépanocytose 5.Aucun 6.Autres :..... 99.Indeterminé

2) **Chirurgicaux** : 1-Oui 2-Non

Si oui, diagnostic à préciser : .....

Les suites opératoires à préciser : .....

**Signes généraux**

**Q34-État général** :... Indice de Karnofsky : ././ 1= 100-80 2=80-70 3=inf 70

**Q35-Conjonctives** : /.../ 1=Colorées 2=Pâle 3=Ictère 99 :

Indéterminé

**Q36-Langue** : /.../ 1= Humide 2= Sèche 3=Saburrale 99 :

Indéterminé

**Q37-Température** /.../ 1=<36.5 2=36.5- 37°5 3=37°6 – 38°5 4 =38°6-40° 4=Autres... ..... 99=indéterminé

**Q38-Pouls** : /..../ 1.<60/mn 2.60-100/mn 3.>100/mn 99=Indéterminé

**Q39-Pression Artérielle Systolique** :.../.../ 1. <100 mm hg 2=100-139mm hg

3.  $\geq 140$  mm hg 99=Indéterminé

**Q40**-Diastolique : 1.  $< 70$  mm hg 2=70-89mmhg 3=90mmhg ou plus  
99=indéterminée

**Q41**-Fréquence Respiratoire : /.../ 1=14-20 cycles/mn 2.  $< 14$ cycles/mn 3.  
 $> 20$ cycles/mn 99=Indéterminé

**Q42**-Déshydratation : /.... / 1.Oui 2. Non Etat de choc :.../.../  
1.Oui 2.Non

**Q42**-Conscience : /.../1=Normale 2= Agité 3=Confus 4=Coma 5=  
Autres 99=Indéterminé

**Q43**-Score de Glasgow :..... /15

### Signes physiques

#### Inspection

**Q44**-Abdomen : 1.Symétrique 2.asymétrique 3.voussure FID  
4.Distension abdominale 99.Indeterminé 5.Autres :.....

**Q45**-Respiration abdominale /..../1=Présente 2=Abolie  
3.Autres :.....

**Q46**-Présence de CVC /.../ 1.Oui 2.Non 99.Indeterminé

#### Palpation

**Q47**-Douleur à la palpation /.../ 1.Oui 2.Non 99.Indeterminé

**Q48**-masse.../.../ 1.Oui 2.Non 99.Indeterminé Si oui Siège :.....

**Q49**-Défense localisée /.../ 1.Oui 2.Non

**Q50**-Contracture :.../.../ 1.oui 2.non 3.Indeterminé

**Q51**-Cri de l'ombilic /.../ 1.Oui 2.Non 99.Indeterminé

**Q52**-Adénopathies : ...../\_\_\_/

1=Présentes 2=Absentes 99=Indéterminé

Si présente, préciser le siège : .....

**Q53-PERCUSSION** /..../

1. Matité hydrique 2.Tympanisme 99.Indeterminé

Matité pré-hépatique /.../ 1=conservée 2=abolie

## Auscultation

Abdominale :

Q54- Bruit Hydro-aérique /...../ 1= normaux 2=Absents 3=Augmentés  
4= diminués 99=Indéterminé .....

## Toucher pelvien

Q55-Ampoule rectale...../\_\_\_/

1-Vide, 2-Présence de selles, 3-Présence d'une masse, 4-autres.....

99-indéterminée

Q56-Cul de sac de Douglas /\_\_\_/ 1-bombé, 2-non bombé, 99-

indéterminé

Q57-TR Dououreux /\_\_\_/ 1-oui, 2-non, 99-indéterminé

Q58-Doigtier /\_\_\_/ 1-Propre, 2-Souillé de selles, 3-Présence de traces  
de sang, 4-autres :..... 99.Indeterminé

Q59-Toucher vaginal : ./\_\_\_/ 1=normal 2=autres 99=Indéterminé

Si autres, préciser .....

## Examen des autres sphères :

Q60-Cardio-vasculaire :.....

Q61-Respiratoires : .....

Q62-Orl : .....

Q63-Génito-urinaires :.....

## III-Examens para cliniques :

### 1. Imagerie :

Q64-L'échographie : ...1=épanchement 2= normale 3= lésion appendiculaire

Q65-ASP : /.../ 1.Normale 2.pneumopéritoine 3.Grisaille

4.Stercolithe 5.Anse sentinelle de FID 6.NHA 7.Autre

99.Indeterminé

Q66-TDM :.....

Q67-Diagnostic préopératoire : /.. / 1=péritonite 2=OIA 3=appendicite 4=abcès

**2. biologie :**

**Q68**-Groupe rhésus :1=A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=O+ 6=O- 7=AB+ 8=AB-

**Q69**-NFS : /.../ GB :..... PNN :.....Hb :..... Hte :.....

1. Normale 2.Anémie 3.Hemoconcentration 4.Hyperleucocytose 5=2+4  
6=3+4

**Q70**-CRP :..... VS :.....

**Q71**-ECBU :.....

**Q72**-Hémoculture.....

**IV- PRISE EN CHARGE**

**Préopératoire :**

**Q73**-Réanimation hydro électrolytique /.../ 1.Oui 2.Non Si oui  
durée :.....

**Q74**-Antalgique : /.../ 1.Palier I 2.Palier II 3.Autres :.....

**Q75**-Antibiotique : /.../ 1.Monoantibiothérapie 2.Biantibiothérapie 3.Triple  
antibiothérapie

Molécules :.....

**Q76**-Sonde Nasogastrique : /.../ 1.Oui 2. Non

**Q77**-Sonde urinaire : /.../ 1.Oui 2.non

Autres :.....

**CHIRURGIE :**

**Q78**-Date d'intervention : /.../.../.../

**Q79**-Type d'Anesthésie/.../ 1.ALR 2.AG+IOT 3.AG au masque 4.Autres  
99.Indeterminé

**Q80**-Incision : /.../ 1. MC Burney élargie 2.Laparotomie médiane

**Exploration :**

**Q81**-Siège de l'appendice : /.../

1. Latéro caecale 2. Rétro caecal 3.pelvienne 4. Sous hépatique 5.  
Mesocoeliaque

**Q82**- Quantité épanchement (ml) /.../ 1=inf 500 2=500-1000 3=sup1000

Aspect :.....

**Q83**-Fausses membranes/.../ 1.Oui 2.Non **Q84**-Diverticule de Meckel :/.../

**Q85**-Diagnostic peropératoire :.....

**Geste chirurgical** : 1=appendicectomie+enfouissement+lavage+drainage  
2=appendicectomie+lavage+drainage 3=lavage+drainage

**Q86**-Appendicectomie : /.../

**Q87**-Enfouissement :.../.../ 1.Oui 2.Non 99.Indeterminé

**Q88**-Toilette :/.../ Quantité de liquide en litre :.....

**Q89**-Drainage :/.../ nbre :..... drains Ablation à j.....

**Q90**-Durée de l'intervention chirurgicale:/.../ 1=inf ou= 1h 2=sup 1

Autres :.....

### **Bactériologie :**

**Q91**-Prélèvement pour étude bactériologique : /.../ 1=oui 2=non

**Q92**-Résultat : Germes :

**Q93**-Antibiogramme :

**Q94**-Anatomopathologie :.....

**Post opératoire**:/...../

**Q95**- Antibiothérapie : durée 1=7j 2=7-15j 3=sup 15j

-Voie intra veineuse : **Q96**-molécules : .....**Q97**-durée :.....

-Voie orale : **Q98**-molécules ..... **Q99**-durée :.....

**Q100**-Adaptation à l'Antibiogramme :.../.../ 1. Oui 2.Non

**Q101**-Réanimation hydro électrolytique :

**Q102**-Tranfusion...../.../ 1= oui 2=Non

**Q103**-Séjour en réanimation ..../.../ 1=oui 2= non

**Q104**-Antalgiques Autres :.....

### **V-EVOLUTION :**

**Q105**-Suites opératoires../.../

1. Simples 2.Complications 3.Decès

**Q106**-Complication /.../

1. Non 2-Suppuration pariétale 3-Fistule digestive 4-Eviscération 5.Autre  
99.Indeterminé

**Q107-Date de sortie : /.../.../.../**

**Q108-Durée totale d'hospitalisation :.../.../ 1-7jours 8-14jours ≥15  
jours**

**Q109Coût direct (francs CFA) :1=inf 100.000 2=100.000-150.000 3=sup  
150.000**

**Q110-Coût indirect : 1=inf 25.000 2=25.000-50.000 3=sup 50000.....**

**Q111-Coût total de la prise en charge :1=inf 150.000 2=150.000-200.000  
3=sup 200.000**



## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom:** DIARRA

**Prénom:** Moussa Oumar

**Contacts :** tel 74 16 59 08 / 65 95 45 53 Email : moussaoumar.diarra.mod@gmail.com

**Titre de la thèse:** Prise en charge des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso.

**Ville de soutenance:** Bamako.

**Pays d'origine:** Mali.

**Année :** 2018.

**Secteur d'intérêt:** Chirurgie générale et pédiatrique.

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

### **Résumé:**

Le manque d'étude sur les péritonites appendiculaires à Sikasso nous a motivé à effectuer cette étude dont le but était d'étudier les péritonites appendiculaires dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur 12 mois, du 1 janvier au 31 Décembre 2016, réalisée dans le service de chirurgie de l'hôpital de Sikasso.

Toutes les péritonites appendiculaires opérées à l'hôpital ont été inclus.

Pendant la période de notre étude, 59 cas de péritonites aiguës généralisées dont 31 cas péritonites appendiculaires ont été colligés.

Les péritonites appendiculaires ont représenté 4,36,% des interventions chirurgicales, 19,25% des interventions chirurgicales urgentes.

Le sexe masculin a représenté 71,0% avec un sex-ratio de 2,44 au risque des hommes, la moyenne d'âge était de 20 ans  $\pm$  12,99, la douleur abdominale + vomissement a été le motif de consultation dans 54,8% des cas. L'examen physique a permis dans la plupart des cas de poser le diagnostic. Dans les cas douteux certains examens complémentaires ont été demandés (ASP, échographie abdominale).

Le traitement chirurgical a consisté en une appendicectomie avec une toilette péritonéale suivie d'un drainage.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,8 jours avec des extrêmes de 1-44 jours

La mortalité hospitalière a été de 9,7%

Le retard à la consultation et l'âge constituaient les facteurs de morbidité et mortalité élevée.

**Mots clefs :** péritonite- appendiculaire- urgences chirurgicales-hôpital de Sikasso.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure**



## FICHE SIGNALITIQUE

**Nom:** DIARRA

**Prénom:** Moussa Oumar

**Contacts :** tel 74 16 59 08 / 65 95 45 53

Email : [moussaoumar.diarra.mod@gmail.com](mailto:moussaoumar.diarra.mod@gmail.com)

**Titre de la thèse:** Prise en charge des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso.

**Ville de soutenance:** Bamako.

**Pays d'origine:** Mali.

**Année :** 2018.

**Secteur d'intérêt:** Chirurgie générale et pédiatrique.

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

### Résumé:

Le manque d'étude sur les péritonites appendiculaires à Sikasso nous a motivé à effectuer cette étude dont le but était d'étudier les péritonites appendiculaires dans le service de chirurgie générale de l'hôpital de Sikasso

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive sur 12 mois, du 1 janvier au 31 Décembre 2016, réalisée dans le service de chirurgie de l'hôpital de Sikasso.

Toutes les péritonites appendiculaires opérées à l'hôpital ont été inclus.

Pendant la période de notre étude, 59 cas de péritonites aiguës généralisées dont 31 cas péritonites appendiculaires ont été colligés.

Les péritonites appendiculaires ont représenté 4,36,% des interventions chirurgicales, 19,25% des interventions chirurgicales urgentes.

Le sexe masculin a représenté 71,0% avec un sex-ratio de 2,44 au risque des hommes, la moyenne d'âge était de 20 ans  $\pm$  12,99, la douleur abdominale + vomissement a été le motif de consultation dans 54,8% des cas. L'examen physique a permis dans la plupart des cas de poser le diagnostic. Dans les cas douteux certains examens complémentaires ont été demandés (ASP, échographie abdominale).

Le traitement chirurgical a consisté en une appendicectomie avec une toilette péritonéale suivie d'un drainage.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,8 jours avec des extrêmes de 1-44 jours

La mortalité hospitalière a été de 9,7%

Le retard à la consultation et l'âge constituaient les facteurs de morbidité et mortalité élevée.

**Mots clefs :** péritonite- appendiculaire- urgences chirurgicales-hôpital de Sikasso.

