



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2023 -2024

FMOS

Thèse N° :..... /

**THEME**

**Abcès appendiculaire au Centre de Santé  
de Référence de la commune I de Bamako.**

Présenté et Soutenu publiquement le 20/12 / 2024 devant le jury de la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie

Par :

**M. Mama Hamadoun GUINDO**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président : Madiassa KONATE, Maître de conférences agrégé**

**Membre : Issaka DIARRA, Chirurgien**

**Co-Directeur : Idrissa TOUNKARA, Maître de conférences agrégé**

**Directeur : Boubacar KAREMBE, Maître de conférences agrégé**



DEDICACES &  
REMERCIEMENTS

## **DEDICACES**

Je dédie cette thèse ...

À Allah subhanahu wa ta'ala L'Unique, le Clément, Le Digne de Louange Créateur des cieux et de la Terre L'Omniscient, l'Omnipotent. C'est Toi seul que nous adorons et c'est auprès de Toi que nous cherchons secours. Rien ne peut s'accomplir sans Ta Volonté En plus du bienfait de la Foi en Toi parmi tant d'autres, Tu me combles du bienfait d'avoir mené à bien mes études Je t'invoque par Tes Noms et Attributs les plus nobles et Te demande de bénir ce travail ainsi que tout ce qui viendra par la suite. Amen !!!

### **✓ A mon père: Hamadoun Boukary GUINDO**

Le mérite de réaliser ce travail qui témoigne des nombreux sacrifices qu'il a fallu faire pour en arriver à ce niveau te revient avant tout. Tu as été une source d'inspiration et un modèle sur lequel je me suis toujours référé. Ton sens de l'honneur, de l'éthique, ton amour du travail bien fait et tes qualités humaines ont en grande partie contribué à me forger. Tu ne t'es jamais découragé de me soutenir, me conseiller, me remonter les bretelles quand il le faut. Faire mieux que toi est la mission que tu m'as confiée et je compte bien la réussir. Puisse Allah te préserver, t'accorder une excellente santé et te compter parmi ses serviteurs les plus illustres

### **✓ A ma mère: Djénèba Belco GUINDO**

Mère parmi les mères, tu as été toujours sur pied au premier chant du coq pour t'occuper de nous. Par ton courage nous n'avons rien envié aux autres ; ton amour pour les enfants d'autrui a été capital dans notre réussite. Les simples mots venant de ma bouche ne sauraient suffire pour exprimer toute mon affection pour toi. Je te dois ma réussite. Tes bénédictions n'ont pas été vaines et resteront pour moi toujours indispensables. Ce travail est le fruit de tes prières. Puisse Dieu le tout puissant nous donner longue vie pour que tu puisses bénéficier du fruit de ta patience. Amen!

### **✓ A mes frères, soeurs:**

**Boureima Adama GUINDO dit Dougoutigui, Boureima Daouda GUINDO ,Boukary Boureima GUINDO Moussa Daouda GUINDO,Fatoumata GUINDO,Mariam**

**GUINDO,Hawa GUINDO,Djamila GUINDO,Kadidiatou GUINDO,Aminata GUINDO Koussara GUINDO.**

Vos conseils, vos encouragements et votre soutien m'ont beaucoup aidé dans l'élaboration de ce travail. Que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens sacrés et recevez ici toute ma gratitude.

✓ **A mes tontons , tantes et grand-mere :**

**Nouhoum Boukary GUINDO,Boureima Boukary GUINDO dit BBG,Daouda Boukary GUINDO,Souleymane Boukary GUINDO,Amion Boukary GUINDO,Belco Boukary GUINDO, Adama Belco GUINDO, Seydou Belco GUINDO, Moussa Belco GUINDO Mariam Boukary GUINDO,Aissata Boukary GUINDO Fatoumata Assaboulou GUINDO dite Yapanga , feu Fatoumata GUINDO.**

C'est avec joie que je vous dédie ce travail, témoignant de mon amour et ma reconnaissance pour le soutien et la confiance que vous m'avez toujours accordé. Trouvez ici l'amour fraternel que je porte sur vous et à vos familles respectives.

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements les plus sincères vont :

✓ **Aux Spécialistes en Chirurgie générale: Nos Maîtres , Dr Modibo SANOGO, Dr Issaka DIARRA ,Dr Amadou BERTHE.**

Merci chers Maîtres de m'avoir fait confiance, vos patiences et vos indulgences à mon égard m'ont beaucoup marqué. Prions Dieu pour qu'il me donne la force et le courage afin que je puisse combler vos attentes.

**Aux personnels d'anesthésie réanimation :, Dr Bakary Keita, Major Oumou, Younoussa DIALLO, HAIDARA ,POUDIOUGOU ,Sory KEITA.**

Je vous remercie très sincèrement pour l'accompagnement et le respect. Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

✓ **A ma femme Adiaratou GUINDO**

**\_ A mon âme-soeur, épouse, amie, confidente, nièce :**

chere epouse tu as été plus qu'une epouse pour moi, car comme on le dit «le coeur ne dort mieux quand il y a un espoir de soutien». Tu as toujours été là aux moments difficiles. Ton savoir-faire, ton savoir vivre et ta persévérance dans les épreuves m'ont beaucoup impressionné, que Dieu puisse nous aider dans l'accomplissement de la mission qui nous ai confié, nous accorder longue vie et une meilleure vie conjugale.JE T'AIME .

**Aux étudiants thésards du service de chirurgie générale : Adoulaye DOLO,Sékou TRAORE,Mahamadou FANE, Yaya COULIBALY,Souleymane SIMPARA ,Boureima NIARE**

**Aux médecins stagiaires du service :Dr Mama SIMPARA, Dr Bessy SAMAKE , Dr Ousmane TOURE ,Dr Seydou KASSOGUE ,Dr Ousmane TOLO, Dr Sambri TOURE,Dr Massa MOUNKORO.**

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement et les conseils

**Aux personnels infirmiers : Major Youssouf COULIBALY, Major sory Keita , Assan SANGARE, Fatoumata COULIBALY, Fatoumata TOURE, Niagalé DIAOUNE, Niélé TRAORE, , Ramata KORERA, Mariam COULIBALY Fatoumata COULIBALY.**

Merci d'avoir assuré les soins des patients.

**Aux personnels du bloc opératoire : Major DIA, Yacouba COULIBALY, BAGYOYOKO, Thiékoro.** Merci pour votre compassion.

**Au médecin chef du CS Réf C.I : Dr Djakaridja KONE.**

Mes très sincères remerciements et reconnaissances.

**A tout le personnel administratif du CSRef CI du district de Bamako**

A tous mes enseignants depuis l'école primaire en passant par le Lycée la FONTAINE DU SAVOIR, Lycée TALIBI SANOGO de Bamako jusqu'à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie pour l'enseignement de qualité que j'ai bénéficié auprès de vous.

**A toute la 14ème promotion du numerus clausus.**

**A tous les membres de la famille Bocar Amion GUINDO a Boulkassoumbougou**

**A tous les personnels de l'ASACOBOL II**

Mes sincères remerciements.

**A mes Amis: Hassim Aly GUINDO, Boureima Assama GUINDO, Bocar Souleymane GUINDO, Abdouloaye Omorou TOURE**

Merci pour les soutiens et les accompagnements

**A mes camarades, compagnons, amis(es) et promotionnaires : Abdoulaye DOLO, Boureima KONATE ,Sekou TRAORE ,Alou KEITA ,Issa TEME**

Permettez-moi, chères amis de vous dédier ce travail en mémoire au glorieux de temps passé ensemble à la Faculté qui nous a semblé infranchissable. Qu'ALLAH nous gratifie de sa Clémence.

**Tous les étudiants de la FMOS/FAPH, bon courage et bonne chance.**

Tous ceux qui, de près ou de loin, ont oeuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.



HOMMAGES AUX  
MEMBRES DE JURY

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître & président du jury:**

**Professeur Madiassa KONATE**

Maitre de conferences agrégé a la FMOS

Specialiste en chirurgie generale

Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE

Membre de la SOCHIMA

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maitre respecté et admiré de tous. Vous êtes un modèle pour nous étudiant de cette faculté.

Veillez agréer cher maitre l'expression de notre attachement indéfectible.

## A notre maître & Directeur de thèse

### **Professeur Boubacar KAREMBE**

- Spécialiste en chirurgie générale
- Maître de conférences agrégé à la FMOS
- Praticien hospitalier au CS Réf CIII
- Chef d'unité de chirurgie générale au CS Réf CIII
- Membre de la SOCHIMA

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, font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique force le respect et l'admiration de tous.

Vous nous avez impressionné tout au long de ces années d'apprentissage, par la pédagogie et l'humilité dont vous faites preuves.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous d'être compté parmi vos élèves.

Nous vous prions cher Maître, d'accepter nos sincères remerciements et l'expression de notre infinie gratitude. Que Dieu vous donne longue et heureuse vie

**A notre maitre & Juge**

**Docteur Issaka DIARRA**

Chirurgien généraliste au CS Réf de la commune I

Chef de service adjoint de chirurgie générale au CS Réf de la commune I

Praticien hospitalier au CS Réf de la commune I

Chargé de recherche

Membre de SOCHIMA

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ne nous a guère surpris.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire. Cher Maître, soyez rassuré de toute notre profonde reconnaissance.

**À notre maitre &co-directeur**

**Professeur Idrissa TOUNKARA**

Maitre de conferences agrégé a la FMOS

Specialiste en Chirurgie generale

Ancien interne des hopitaux

Praticien hospitalier au CHU Bocar Sidy SALL de Kati

Membre de la SOCHIMA

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de dirigé ce travail.

Vôtre simplicité, votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humilité, font de vous le maître admiré de tous.

Nous n'oublierons jamais l'atmosphère chaleureuse et conviviale de vos séances de travail.

Veillez agréer l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

ASP= Abdomen sans préparation

ATCD= Antécédent

Ana-path : Anatomopathologie

CH G = Chirurgie générale

CHU= Centre hospitalier Universitaire

CS. Réf : Centre de sante de référence

FMOS = Faculté de Médecine et Odontostomatologie

°C= Degré Celsius

DES= Diplôme d'Etudes Spécialisées

ECB= Examen cytbacteriologique

FID= Fosse iliaque droite

FIG=Fosse iliaque gauche

GT= Gabriel TOURE

HIV= Virus d'immunodéficience humaine

HTA= Hypertension Artérielle

ISO= Infection du Site Opératoire

NFS= Numération Formule Sanguine

SAU= Service d'Accueil des Urgences

UHCD= Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UGD= Ulcère Gastro Duodéal

TDM= Tomodensitométrie

TR= Toucher Rectal

TV= Toucher Vaginal

Dx= Douleur

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des patients selon l'âge .....	27
Tableau II: Répartition des patients selon la provenance.....	28
Tableau III: Répartition des patients selon la profession .....	29
Tableau IV: Répartition des patients selon l'ethnie .....	30
Tableau V: Répartition des patients selon le type de traitement reçu. ....	30
Tableau VI: Répartition des patients selon le traitement médical reçu avant l'admission. ....	31
Tableau VII: Répartition des patients selon le délai d'admission.....	31
Tableau VIII: Répartition des patients selon le type de la douleur. ....	32
Tableau IX: Répartition des patients selon le siège de la douleur.....	32
Tableau X: Répartition des patients selon l'irradiant de la douleur.....	32
Tableau XI: Répartition des patients selon les signes accompagnateurs digestifs.....	33
Tableau XII: Répartition des patients selon la température .....	33
Tableau XIII: Répartition des patients selon le pouls. ....	34
Tableau XIV: Répartition des patients selon la tension artérielle. ....	34
Tableau XV: Répartition des patients selon la fréquence respiratoire.....	34
Tableau XVI: Répartition des patients selon les signes de palpation abdominale.....	35
Tableau XVII: Répartition des patients selon la présence des niveaux hydro-aériques a l'auscultatio.....	35
Tableau XVIII: Répartition des patients selon le toucher rectal. ....	35
Tableau XIX: Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine .....	35
Tableau XX: Répartition des patients selon le résultat de l'échographie. ....	36
Tableau XXI: Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire.....	36
Tableau XXII: Répartition des patients selon la quantité du pus aspiré .....	37
Tableau XXIII: Répartition des patients selon l'état de l'appendice en peropératoire.....	37
Tableau XXIV: Répartition des patients selon les gestes réalisés.....	37
Tableau XXV: Répartition des patients selon l'examen bactériologique .....	38
Tableau XXVI: Répartition des patients selon l'antibiogramme.....	38
Tableau XXVII: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.....	38
Tableau XXVIII: Répartition des patients selon les complications immédiates .....	39
Tableau XXIX: Répartition des patients selon le coût de la prise en charge. ....	39
Tableau XXX: Complications immédiates et l'âge.....	39

Tableau XXXI: Complications immédiates et sexe.....	40
Tableau XXXII: Complications immédiates et signe de palpation.....	40
Tableau XXXIII:Complications immédiates et douleur de la FID.....	40
Tableau XXXIV: Complications immédiates et defense dans la FID.....	41
Tableau XXXV: Complications immédiates et masse dans la FID.....	41
Tableau XXXVI: Complications immédiates et toucher pelviens.....	42
Tableau XXXVII: Complications immédiates et echographie.....	42
Tableau XXXVIII: Complications immédiates et geste(s) réalisé(s).....	43.
Tableau XXXIX: Complications immédiates et quantité de pus aspiré.....	43
Tableau XL:Complications immédiates et durée d'hospitalisation.....	43
TableauXLI:Répartition des patients selon la fréquence et auteurs .....	46
TableauXLII:Répartition des patients en fonction de l'âge et auteurs. ....	47
TableauXLIII:Répartition des patents en fonction du sexe et auteurs .....	47
Tableau XLIV: Répartition des patients en fonction de la fièvre et auteurs.....	48
TableauXLV:Signes physiques et auteurs.....	49
Tableau XLVI:Technique opératoire selon les auteurs.....	51

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1:Différentes localisations de l'appendice.....	9
Figure 2:Differentes positions de l'appendice .....	9
Figure 3:Disposition anatomique classique de la région iléo-caeco-appendiculaire .....	10
Figure 4: ASP avec des niveaux hydro-aériques.....	14
Figure 5:TDM:Abcès appendiculaire .....	14
Figure 6:Carte théorique sanitaire de la commune I Source : SIS (système d'information sanitaire) CS Réf CI. ....	19
Figure 7:Répartition des patients selon le sexe .....	28
Figure 8:Repartition des patients selon la nationalité .....	29
Figure 9:Répartition des patients selon le mode du début de la douleur.....	31
Figure10: Abcès appendiculaire opéré au centre de santé de référence de la commune I de Bamako.....	72

## Sommaire

I .INTRODUCTION .....	1
II. OBJECTIFS .....	4
1. Objectif général : .....	4
2. Objectifs spécifiques : .....	4
III- GENERALITES.....	6
1. Historique .....	6
2.RAPPELS ANATOMIQUES : .....	6
CRANIAL .....	9
3. Pathogénie de l'appendicite:.....	11
IV. METHODOLOGIE.....	19
2. Présentation de la commune I.....	19
3.2. Echantillonnage .....	23
3.3 Critères d'inclusion .....	23
3.4 Critères de non-inclusion.....	23
3.5 Définitions opérationnelles.....	23
3.6 Méthodes .....	24
V. Tableau de fréquences .....	27
CONCLUSION : .....	54
RECOMMANDATIONS : .....	54
VII.REFERENCES .....	56
VIII. ANNEXES .....	62



# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

Abcès appendiculaire représente l'un des modes évolutifs qui fait suite à la perforation de l'appendice dans lequel la dissémination de l'infection est "contenue" par le grand épiploon et les anses grêles aboutissant à la constitution d'un véritable abcès cloisonné de la grande cavité péritonéale[1].

Autrement dit l'abcès appendiculaire est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice.

C'est le tableau clinique initial retrouvé dans environ 50% des cas chez l'adulte[2].

Il constitue une urgence médico-chirurgicale.

L'abcès appendiculaire représente 10% des appendicites aiguës de l'adulte en Afrique[3].

### En ASIE :

Corée, 2010 **Jeong** a trouvé dans son étude une fréquence de 3,4% d'abcès appendiculaire[4].

### En EUROPE :

En Suède, en 1998 **Staffan** trouvait une fréquence de 13% l'abcès appendiculaire[5].

### En AFRIQUE :

En Côte d'Ivoire, **Koffi** a trouvé 1,3% dans son étude en 1995[6].

En Lybie, **Adalla** a trouvé en 1996 dans son étude 6,6% d'abcès appendiculaire [7].

Au Nigeria, en 2003 **Okafor** a trouvé sur 30 dossiers d'appendicites 5 cas d'abcès appendiculaire soit 16,7% [8].

Au Cameroun, en 2010 **Guifo Marc Leroy** a trouvé sur 200 dossiers d'appendicite aiguë, 19 cas d'abcès appendiculaire soit 9.5%[3].

Au Mali, en 2023 **KAREMBE B et al** ont trouvé une fréquence de 18.75% d'abcès appendiculaire à Bamako[2].

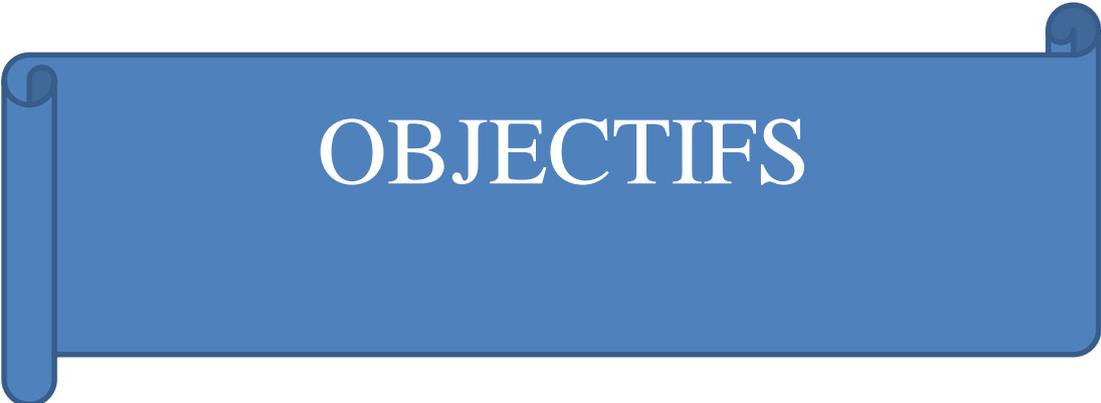
Au Mali, en 2014 **TOLO. M** a trouvé sur 1420 dossiers d'appendicites aiguës, 105 cas d'abcès appendiculaire soit 7,39%[1].

Le diagnostic est clinique, en cas de doute l'échographie, ASP et le scanner permettent de poser le diagnostic.

Le traitement de l'abcès appendiculaire est le drainage en urgence par voie radiologique ou chirurgicale associé à une antibiothérapie[9].

En l'absence de drainage chirurgical précoce, l'abcès évolue spontanément vers une péritonite appendiculaire[10].

La fréquence élevée et le manque d'étude sur les abcès appendiculaires dans le service, nous a motivé à la réalisation de cette étude avec des objectifs suivants :



## OBJECTIFS

## **II. OBJECTIFS :**

### **1. Objectif général :**

Etudier les abcès appendiculaires au centre de sante de référence de la commune I du district de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de l'abcès appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CS Réf de la commune I de Bamako ;
- Décrire les aspects cliniques et diagnostiques ;
- Analyser les résultats du traitement;
- Déterminer le cout de la prise en charge.



# GENERALITES

### **III- GENERALITES**

#### **1. Historique**

La première description anatomique de l'appendice a été réalisée par Leonard de Vinci en 1492[11]. En 1711 Heister décrit le cas d'une appendicite aiguë perforée avec abcès, découverte à l'autopsie d'un criminel exécuté[11]. En 1759, Mestiever draine un abcès de la fosse iliaque droite chez un patient de 40 ans. La fistule débuta longtemps et après le tarissement de l'écoulement le patient décéda[12]. L'autopsie révéla une appendicite aiguë perforée par une épingle avec abcédassions. La première intervention pour une appendicite aiguë est attribuée au chirurgien français De Garengrot en 1731[13]. L'intervention a consisté à un drainage d'abcès inguinal qui secondairement s'est avéré être un abcès appendiculaire avec issue fatale[11]. La première appendicectomie de la littérature a été effectuée le 6 décembre 1735 par le chirurgien militaire anglais Claudius Amyand, chirurgien chef de l'hôpital St George à Londres. Elle eut lieu sans anesthésie et l'opération fut, selon le chirurgien «aussi douloureuse pour le malade que laborieuse pour lui»[14]. En fait c'est en opérant une hernie qu'il avait découvert un appendice perforé. Le patient miraculeusement guérit. En 1886, Reginald Fitz, anatomopathologiste de Harvard publia les résultats d'une étude portant sur 500 personnes décédés d'appendicite (on disait à l'époque pérityphlite ; c'est Fitz, d'ailleurs, qui créa le terme d'appendicite), et incrimina formellement l'appendice comme responsable des abcès et de péritonites. Il en recommandait l'ablation rapide. Mais, comme il n'était pas chirurgien, ses confrères ne tiennent pas compte de ses travaux ; sauf quelques rares jeunes praticiens dont Georges Thomas Morton (fils du pionnier de l'anesthésie, William, Morton). Le 27 avril 1887, à Philadelphie, il opéra un jeune homme de 26 ans atteint d'une appendicite aiguë dont il sauva ainsi la vie[15]. Ce n'est qu'en 1889 que Mc Burney décrit le point et la voie d'abord, dit «Gridiron» (dissection étoilée en fosse iliaque droite) qui a gardé son nom[16].

#### **2. RAPPELS ANATOMIQUES :**

##### **2.1 Embryologie [17]:**

Le cæcum se développe aux dépens de la branche inférieure de l'anse intestinale primitive sous forme d'un bourgeon. Sa situation définitive est le résultat de la rotation de l'anse intestinale ainsi que de l'accroissement du bourgeon cæcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite. L'appendice est un diverticule cæcal qui se développe à l'union des 3 bandelettes du côlon droit, à l'extrémité du renflement cæcal. Ces trois bandelettes,

antérieure, postéro externe, postéro interne, déterminent des bosselures dont la plus volumineuse antéro externe, constitue le fond du cæcum. L'absence de développement congénital du diverticule du cæcum primitif est à l'origine d'hypoplasie voire d'agénésie de l'appendice. D'autres malformations congénitales ont été décrites, la plus fréquente est la 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.

## **2.2 Anatomie macroscopique [18]:**

«L'appendice vermiculaire» est un diverticule creux dont la base d'implantation se situe sur la base interne du bas font cæcal, au point de convergence des trois bandelettes. Il 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 épaisseur paroi 3mm. Sa lumière s'ouvre dans le cæcum par un orifice muni parfois d'un repli muqueux (valvule de Gerlach).

## **2.3 Anatomie microscopique[19]:**

La paroi de l'appendice est constituée de dehors en dedans par :

- une séreuse péritonéale interrompue par un mince liséré correspondant à l'insertion du méso appendice;
- une couche musculaire longitudinale, puis circulaire. Cette couche circulaire, bien développée dans son ensemble peut manquer par place 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 du diamètre de la cavité appendiculaire. On assiste ensuite à une régression progressive des éléments lymphoïdes,
  - chez le sujet âgé l'appendice se présente comme une corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

## 2.4 Rapports de l'appendice[20]:

Du fait de son union avec le cæcum, l'appendice présentera avec les organes de voisinage des rapports qui diffèrent non seulement d'après sa situation par rapport au cæcum mais aussi suivant que ce dernier est en position «normale» haute ou basse.

### 2.4.1 Cæcum et appendice en position dite « normale» celui-ci répond:

- En dehors: à la face latérale du Cæcum,
- En dedans: aux anses grêles,
- En avant: anses intestinales et à la paroi abdominale,
- En arrière: à la fosse iliaque droite (FID), aux vaisseaux iliaques externes et l'uretère droit.

**2.4.2 Cæcum en position haute:** l'appendice rentre en rapport avec le foie, la vésicule biliaire.

**2.4.3 Cæcum en position basse (appendice pelvien) :** l'appendice sera en rapport avec : la vessie, le rectum, l'utérus, la trompe droite, l'ovaire droit et le ligament large chez la femme.

### 2.4.4 Anatomie topographique (fig. 1)[21]:

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique soit indépendantes 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 l'appendice localisé dans la fosse iliaque gauche (rare). Le cæcum étant en position normale, la position de l'appendice peut être variable et décrite suivant le quadrant horaire:

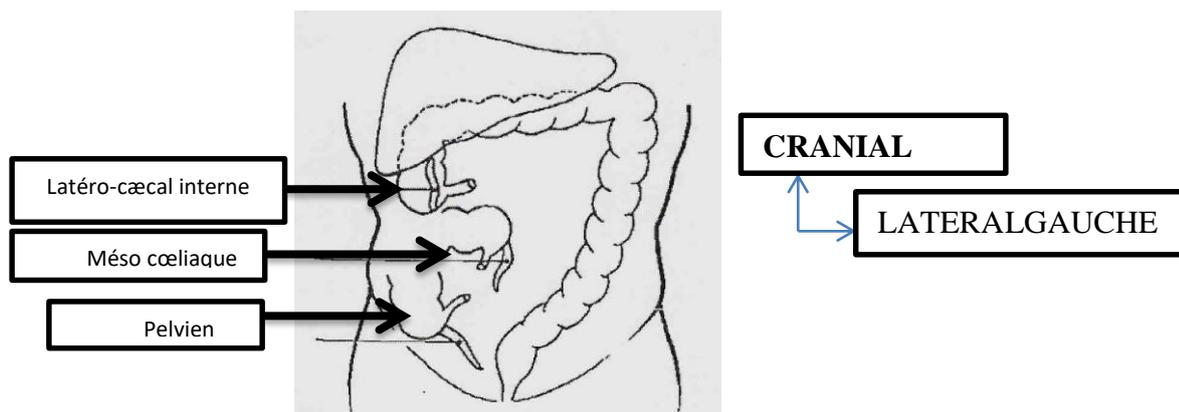


Figure 1: Différentes localisations de l'appendice[22]

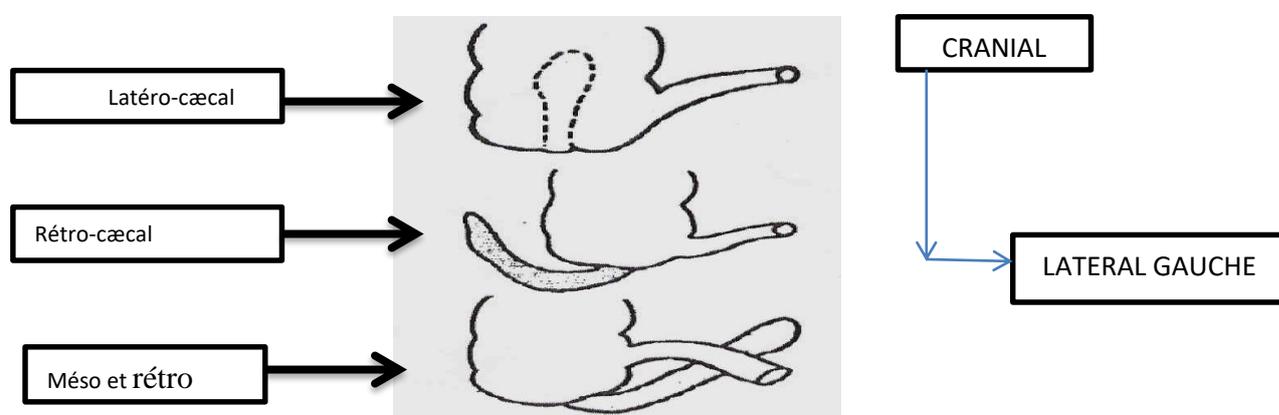


Figure 2: Différentes positions de l'appendice[22]

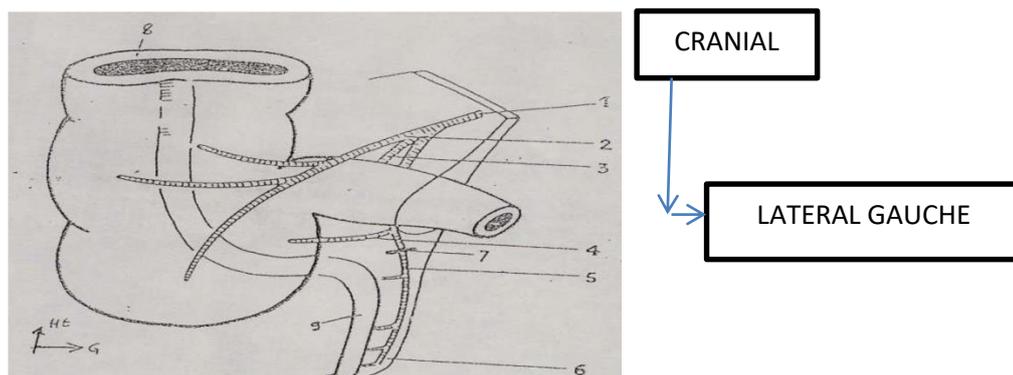
#### 2.4.5 Anatomie fonctionnelle [23] :

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

#### 2.4.6 Vascularisation de l'appendice (voir fig. 3)[24]:

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère appendiculaire qui naît de l'artère iléo 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 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. Les veines iléo-cæco-colo-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.



**Figure 3:Disposition anatomique classique de la région iléo-caeco-appendiculaire[25]**

1 : Artère iléo-cæco-appendiculaire	5 : Artère appendiculaire
2 : Artère cæcale antérieure	6 : Mésos appendice
3 : Artère cæcale postérieure	7 : Ligament de l'artère appendiculaire
4 : Artère récurrente cæcale	8 : Cæcum    9: Appendice

#### 2.4.7 Innervation de l'appendice :

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

### 3. Pathogénie de l'appendicite:[26]

L'appendice est un organe diverticulaire en rapport avec le contenu septique du cæcum. Il présente des prédispositions favorables à l'infection. Il contient 106 à 109 germes par gramme de selles.

L'appendicite peut survenir par:

**3.1 Obstruction appendiculaire:** c'est le mécanisme le plus fréquent, les germes responsables de l'infection étant ceux qui se trouvent dans la lumière colique voisine. Une rétention stercorale due à l'augmentation du volume des amas lymphoïdes sous muqueux tend à obstruer la lumière appendiculaire entraînant ainsi une surinfection généralement due aux colibacilles. Cette obstruction de la lumière appendiculaire peut être également due à des corps étrangers ou des parasites (Schistosome ou oxyure); mais aussi à l'hypertrophie de la paroi appendiculaire lors de certains phénomènes inflammatoires. L'obstruction de la lumière appendiculaire associée à une persistance de la sécrétion de la muqueuse entraîne une augmentation de la pression intra-liminale laquelle en présence de la surinfection favorise :

- Une ulcération muqueuse,
- Une inflammation pariétale,
- Une perforation ou une diffusion de l'infection par transsudation;

**3.2 Diffusion par voie hématogène:** La porte d'entrée étant située à distance, les germes atteignent l'appendice par le courant sanguin

**3.3 Diffusion par voie de contiguïté :** l'atteinte appendiculaire se fait à partir d'un foyer infectieux de voisinage le plus souvent gynécologique ou sigmoïdien.

#### **4.Pathogénie de l'abcès appendiculaire[27] :**

Le tableau clinique survient après la phase d'accalmie d'une crise appendiculaire plus ou moins typique qui a régressée : c'est l'accalmie traîtresse de Dieulafoy. Suite à la perforation appendiculaire, il y'aura formation d'un abcès appendiculaire qui peut se rompre secondairement dans la cavité péritonéale : péritonite en deux temps. Parfois il y'a formation d'une collection purulente autour de l'appendice qui sera cloisonnée et isolée de la fosse droite par l'épiploon et les anses intestinales donnant la sensation d'une tuméfaction douloureuse mal limitée avec un blindage doublant la paroi : c'est le PLASTRON appendiculaire.

#### **5.ANATOMIE PATHOLOGIQUE[28]**

On décrit des lésions de gravité croissante :

- **l'appendicite catarrhale:** l'appendice est hyperhémie avec un méso œdématié, des infiltrats de polynucléaires et des ulcérations de petite taille.
- **l'appendicite fibrineuse:** l'appendice est œdématié avec des dépôts de fibrines.
- **l'appendicite phlegmoneuse:** correspond à l'abcédassions d'un ou de plusieurs follicules qui peut s'étendre à toute la paroi appendiculaire.
- **l'abcès appendiculaire:** l'appendice est turgescents, le méso épaissi, réalisant quelquefois un aspect en battant de cloche.
- **l'appendicite gangreneuse:** l'œdème entraîne une thrombose vasculaire.
- **les péritonites appendiculaires:** surviennent après perforation de l'appendice, elles peuvent être généralisées ou localisées.

## 6.ETUDE CLINIQUE:[29]

### 6.1.Signes fonctionnels :

En général le malade consulte pour une douleur abdominale. C'est l'un des principaux signes de l'affection. Elle est pulsatile et insomnante au point de Mac Burney. Son début est rapidement progressif, rarement brutal. Il s'agit d'une douleur siégeant habituellement dans la fosse iliaque droite puis diffuse (irritation péritonéale) avec un iléus paralytique. Son intensité est modérée mais continue et lancinante. Les signes d'irritation du péritoine sont importants : un état nauséux, des vomissements, une constipation ou une diarrhée.

### 6.2.signes généraux :

- L'état général est altéré progressivement ;
- Tension artérielle normale ;
- Le faciès septique ;
- Une fièvre persistante atteignant 39°C
- La langue est saburrale ;
- Un pouls faible et filant.

### 6.2.signes physiques:

#### Inspection :

Le plus souvent l'abdomen est plat, respire bien ;

Une voussure dans la fosse iliaque droite.

### **Palpation :**

Au niveau de la fosse iliaque droite l'examen trouve :

- Une douleur violente associée à une défense franche ;
- Un empâtement de la fosse iliaque droite ;
- Perception d'une véritable masse douloureuse qui correspond aux différents éléments cloisonnant l'abcès.

Le reste de l'abdomen est souple et indolore.

**Percussion :** réveille une douleur à la fosse iliaque droite.

**Auscultation :** bruits hydro-aériques normaux

### **Le reste de l'abdomen :**

Souvent une douleur diffuse de tout l'abdomen

### **Douleur provoquée aux touchers pelviens :**

Les touchers pelviens doivent être réalisés systématiquement. Ils retrouvent une douleur dans le cul de sac de DOUGLAS.

## **7.EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

### **7.1.Signes biologiques:**

La numération formule sanguine (NFS) montre une hyperleucocytose supérieure à 15 000 / mm<sup>3</sup> a polynucléaires neutrophiles.

### **7.2. Imagerie:[30]**

### **7.3. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) :**

Il peut montrer :Un iléus paralytique, une Anse sentinelle en fosse iliaque droite, des niveaux Hydro Aériques du grêle

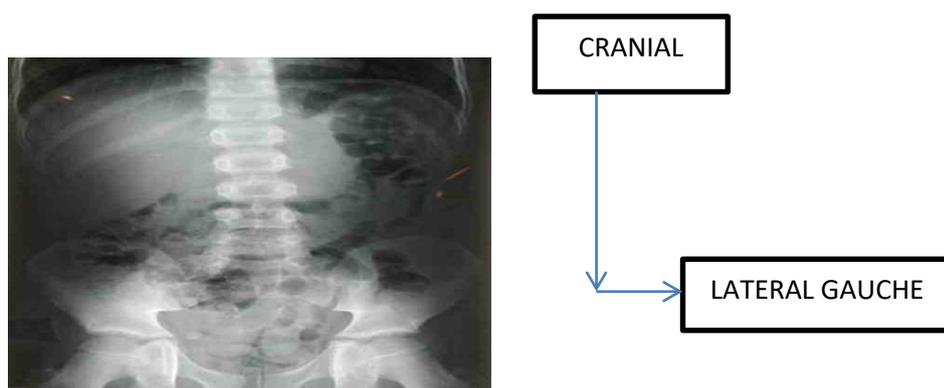


Figure 4: ASP avec des niveaux hydro-aériques[31].

#### 7.4.L'échographie abdominale:

L'échographie abdomino-pelvienne confirme le diagnostic. Toutefois, cet examen est opérateur et matériel dépendant [32].

Elle montre :

- Une agglutination des anses dans la fosse iliaque droite
- Un épanchement péri appendiculaire,
- Un épanchement péritonéal diffus (péritonite)

#### 7.5. L'examen tomодensitométrique :

La tomодensitométrie est utile dans les diagnostics douteux et difficiles[33].

Collection hypo dense à paroi prenant le Contraste, renfermant le plus souvent des Bulles gazeuses.

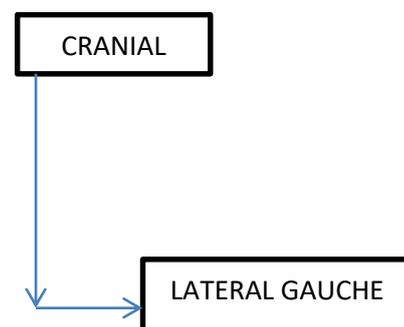


Figure 5:TDM:Abcès appendiculaire[34]

### **8.Diagnostic positif: [35]**

Le diagnostic positif de l'abcès appendiculaire est clinique et/ou para clinique. Il existe des douleurs violentes associées à une défense franche de la fosse iliaque droite. La fièvre persistante atteignant 39°C. Signes d'irritation péritonéale abdominale et/ou pelvienne sont importantes. A l'examen physique, on a un faciès septique, une masse en fosse iliaque droite ou pelvis et une défense localisée. Les examens complémentaires sont demandés dans les cas douteux.

### **9. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:[23]**

L'abcès appendiculaire peut simuler une multitude d'affections médicochirurgicales.

Il s'agit:

#### **9.1. Les affections médicales**

- L'adénolymphite mésentérique,
- La colique néphrétique droite,
- La pneumopathie de la base droite,
- Les douleurs d'endométriose,
- La colite.

#### **9.2. Les affections chirurgicales**

- Cholécystite aiguë,
- Diverticule perforé du côlon droit,
- Sigméïdite,
- Maladie de Crohn,
- Amœbome dysentérique
- Péritonite par perforation typhique

### **10.TRAITEMENT[36]**

**C'est une urgence médico-chirurgicale**

#### **10.1 But :**

Le but du traitement est l'évacuation de l'abcès et faire une appendicectomie si possible pour éviter l'évolution vers une péritonite aiguë généralisée.

#### **10.2 Moyens - Méthodes:**

**Moyens: médicaux et chirurgicaux:**

**Méthodes médicales :** une réanimation brève avec rééquilibration hydro –électrolytique par remplissage vasculaire, l’antalgique et la mise en œuvre d’une antibiothérapie à large spectre pendant environ 5 Jours [37].

**Méthode chirurgicale:** l'intervention a lieu sous anesthésie générale.

La voie d'abord peut se faire à ciel ouvert (incision de Mac Burney, para rectale, Bikini, Jalaquier, Roux, médiane). L'abord laparoscopique est indiqué dans l’abcès appendiculaire : Car il permet un meilleur nettoyage de la cavité péritonéale et, en cas de doute diagnostique car il permet de mieux explorer l'ensemble de l'abdomen :

- Rançon cicatricielle moindre
- Diminution du risque de formation de brides post-opératoires.

### **10.3 Techniques : [38]**

La voie d'abord sera choisie en fonction du tableau. Un abcès sera abordé par une incision centrée sur la tuméfaction et fera l'objet d'un drainage et d'une toilette locale. (Incision de Mac Burney, para rectale, Bikini, Jalaquier, Roux, médiane), ou par cœlioscopie. A l'ouverture du péritoine on prélève éventuellement du pus pour une analyse bactériologique. Une évacuation de l’abcès par aspiration. La recherche de l'appendice peut être difficile voire impossible, il ne faut pas vouloir l'enlever à tout prix dans le même temps opératoire au risque de provoquer un traumatisme intestinal. L'appendicectomie sera donc réalisée plus tard environ 6 mois après. Dans la réalité quotidienne cette attitude conservatrice trouve peu de partisans car on observe une discordance statistique entre les appendicectomies différées et la prévalence des abcès appendiculaires. Une toilette péritonéale soigneuse associée à un drainage de la collection par voie iliaque droite. Une antibiothérapie probabiliste puis adaptée à l’antibiogramme. Bithérapie à large spectre en IV prolongée 5 à 10 jours.

**Laparoscopie:** L'intervention est faite habituellement sous anesthésie générale. Elle consiste d'abord à réaliser un pneumopéritoine par injection sous pression du CO<sub>2</sub> à l'aide d'un trocart à extrémité mousse, permettant de faciliter l'exploration.

Elle présente certains avantages :

- Elle permet une toilette péritonéale complète (péritonite généralisée)
- Une exploration de l’appareil génital chez la femme

- Chez les patients obèses
- Bénéfice pariétal (on constate en effet une diminution des abcès de parois)
- Elle réduit la formation d'adhérences donc le risque d'occlusion sur bride.  
Ces inconvénients sont les troubles circulatoires ;
- Notamment l'embolie gazeuse ;
- L'hypothermie peropératoire ;
- L'hypercapnie qui peuvent être évités ou contrôlés par une technique rigoureuse [39]

## 11. RESULTATS ET PRONOSTIC :

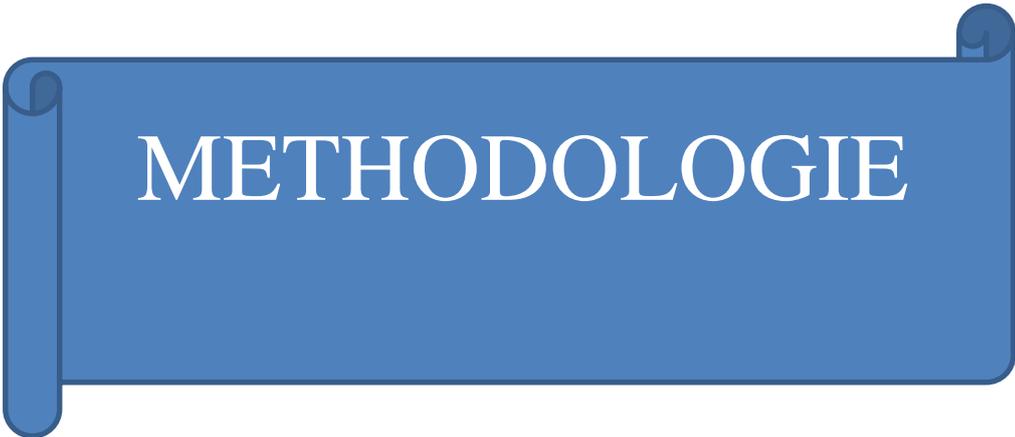
### 11.1. Complications post-opératoires[40]

#### 11.1.1. Les complications post-opératoires immédiates:

- **Suppuration pariétale** : elle est très fréquente et se caractérise par un suintement au niveau de la plaie opératoire, entraînant ainsi un laçage des fils de la peau. Le traitement consiste à faire des soins locaux à base d'antiseptique.
- **Abcès de la paroi**: il est fréquent, une asepsie rigoureuse permet de diminuer considérablement sa fréquence.
- **Abcès du Douglas**: il s'annonce vers les 8ème et 10ème jours avec des troubles du transit, le TR retrouve un bombement du Douglas. Un drainage chirurgical s'impose" pour éviter une fistulisation spontanée ou une rupture dans le péritoine.
- **Fistule du moignon appendiculaire**

#### 11.1.2 .Les complications tardives:[29]

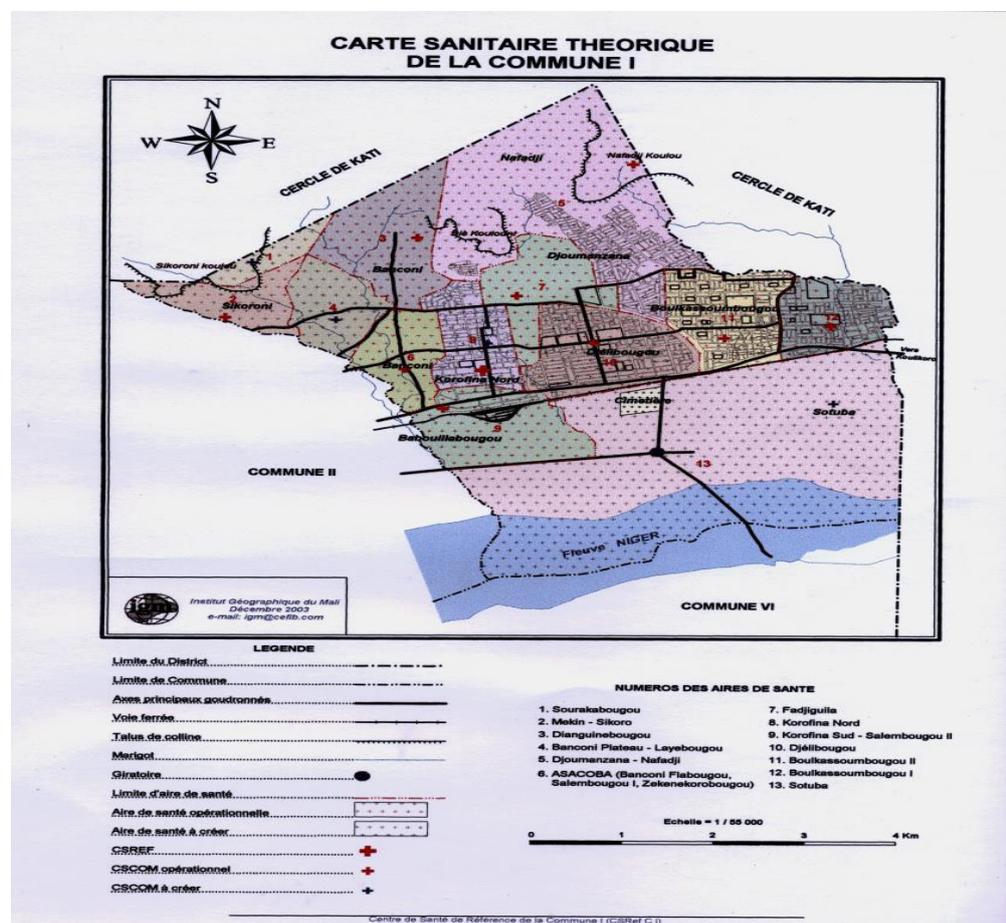
La complication tardive la plus fréquente est l'occlusion sur bride qui peut-être : Précoce, elle est associée à la persistance d'un foyer infectieux. Les occlusions tardives sont le fait de brides fibreuses situées en regard de la voie d'abord et peuvent survenir de nombreuses années après l'appendicectomie. Le traitement de cette complication est tout d'abord médical par aspiration nasogastrique et réanimation hydro électrolytique puis chirurgical dans le cas échéant du traitement médical. La mortalité post-opératoire: la mortalité post-opératoire est pratiquement nulle sur les études réalisées sur l'abcès appendiculaire.[41]



# METHODOLOGIE

## IV. METHODOLOGIE

1. **Cadre de l'étude :** Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de la commune I (CS Réf CI) de Bamako.



**Figure 6:** Carte théorique sanitaire de la commune I Source : SIS (système d'information sanitaire) CS Réf CI.

## 2. Présentation de la commune I

### ✓ Historique de la commune I

La commune I a été créée par l'ordonnance 78-32 /CMLN du 18 Aout 1978, abrogée par la loi n 96-025 du 21 février 1996 fixant statut spécial du District de Bamako.

Elle est constituée de neuf quartiers (Banconi ; Boukassoumbougou ; Djélibougou ; Doumanzana ; Fadjguila ; Korofina nord ; Korofina sud ; Mekinsikoro et Sotuba) dont le plus ancien du District au tour du quel s'est construit jadis le village de Bamako : Sikoro. Les Niaré fondateurs de ce quartier vont créer par la suite un second quartier qui portera leur nom Niaréla, actuelle Aent en commune II.

### ✓ Géographie

La commune I est située sur la rive gauche du fleuve Niger dans la partie Nord-Est de Bamako. Elle s'étend sur une superficie de 34,26 Km<sup>2</sup> soit 12,83% de la superficie du District de Bamako (267 km<sup>2</sup>)

**Situation La commune I :** elle est limitée

- Au Nord par le cercle de Kati
- Au Sud par le fleuve Niger
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Banconi limitant les deux collectivités) ;
- A l'Est par le cercle de Koulikoro.

Son relief est caractérisé par des plateaux et collines du type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement.

### ✓ Population générale

La Population totale de la Commune : **461459** habitants, soit une densité moyenne de **13469** habitants/km<sup>2</sup> en 2019.

La Superficie de la Commune est de **34,26 km<sup>2</sup>**, soit **12,83%** de la superficie totale du District de Bamako.

### ✓ Economie

Son économie est basée sur les trois secteurs, à savoir :

- Le secteur primaire : l'agriculture (maraîchage), pêche et élevage ;
- Le secteur secondaire : l'artisanat et petite industrie (boulangerie) ; et
- Le secteur tertiaire : petit commerce.

✓ **Urbanisation et communication**

Située dans la périphérie Est de Bamako, la commune I, notant l'importance numérique de sa population, est en partie restée en marge du processus d'urbanisation.

Au niveau des voies de communication et du transport, la commune est traversée par la route principale goudronnée la reliant au centre-ville. La circulation est dense et pour le moins peu sécuritaire, notamment au niveau des transports collectifs. Cette circulation pose à la fois des risques d'accidents et de nuisances tant au niveau sonore qu'au niveau de la pollution atmosphérique aggravant les problèmes respiratoires.

Toutes les ethnies sont retrouvées dans la population de la commune.

✓ **Climat**

Son climat de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche : froide de Novembre à Janvier et chaude de Février à Mai ;
- Une saison pluvieuse : de Juin à Octobre.

La commune I est drainée par quatre marigots, Banconi, Molobalini, Faracoba et Tienkolée (Faraconi), alimentés en saison pluvieuse par les eaux de ruissellement de la colline du point G et s'écoulant du nord au sud.

✓ **Présentation du centre de santé d référence de la commune I:**

Le Centre de Santé a été créé en 1980 et inauguré le 7 février 1981 et s'appelait Maternité de Korofina-Nord. Il est situé à Korofina-Nord sur la rue 136 porte 439.

Dans le cadre de la politique de santé sectorielle le Centre a connu les évolutions suivantes :

- Complexe dispensaire – maternité à sa création
- Maternité – PMI
- Centre de santé de la commune I
- Service socio-sanitaire de la commune I de 1995 à 1999

- Centre de santé de référence de la commune I baptisé **Docteur KONIBA PLEAH** à partir de **1999**.

▪ **Le service de chirurgie générale**

Dans l'enceinte du CS Réf commune I, le service de chirurgie est situé à deux niveaux :

- Les bureaux des médecins, la salle de soins, la salle des internes et la salle d'hospitalisation situés à l'angle sud-est du centre.

- La petite chirurgie à l'entrée du centre au sud.

▪ **Les locaux**

Le service de chirurgie générale dispose d'une salle d'hospitalisation d'une capacité totale de 8 lits, une salle VIP avec 2 lits, de 4 bureaux pour les Médecins, d'une salle pour les internes d'une salle de garde pour les infirmiers, d'une salle de permanence (petite chirurgie) et d'un bloc opératoire situé au côté nord du centre en face du service de gynécologie. Il comprend deux blocs opératoires (nommées salle septique et salle aseptique), une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et deux bureaux pour les anesthésistes. Ce bloc est opérationnel pour toutes les spécialités chirurgicales du CS Réf CI.

▪ **Le personnel :**

Le personnel permanent est composé de : 4 Médecins, dont 2 chirurgiens généralistes (un(1) chargé de recherche) , (1) maxillo-facial ,un Urologue(chargé de recherche)2 technicien supérieur en santé, 4 techniciens de santé, 2 aides-soignantes, 6 techniciens de surface ou manœuvres et 1 assistant médical (IBODE).

Le personnel non permanent comprend : des médecins stagiaires, des thésards, et des infirmiers stagiaires.

▪ **Les activités**

Les consultations externes se font tous les jours, de même que les interventions et d'hospitalisations. Les visites, dirigées par un chirurgien sont également quotidiennes. Les staffs se tiennent les mardis et les vendredis. Les thésards sont repartis de telle sorte qu'ils font la rotation entre le bloc opératoire, la consultation chirurgicale externe, urologique ,maxillo-faciale et de la salle l'hospitalisation.

### 3. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et prospective.

#### 3.1 Période et lieu d'étude

Cette étude s'est déroulée sur une période de 5ans allant du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2022(phase rétrospective) puis du 01 Janvier 2023 au 31 Décembre 2023(phase prospective) dans le service de chirurgie générale au Centre de Santé de Référence de la commun I (CS Réf CI) de Bamako.

#### 3.2. Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement systématique de tous les patients répondant à nos critères d'inclusion.

#### 3.3 Critères d'inclusion

Tout patient admis opéré et suivi pour abcès appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CS Réf .CI du district de Bamako pour l'abcès appendiculaire.

#### 3.4 Critères de non-inclusion

Les abcès appendiculaires opérés ailleurs ;

Les autres complications de l'appendicite à savoir : le plastron appendiculaire et la péritonite appendiculaire ;

Abcès appendiculaire avec dossier incomplet.

#### 3.5 Définitions opérationnelles

- **Suites opératoires** : englobent tous les évènements qui surviennent à court et à moyen terme après une intervention, que ce soient les problèmes courants ou presque normaux, des complications graves, des résultats non satisfaisants, ou rien à signaler.
- **Suites opératoire immédiates** : elles surviennent dans l'intervalle de 30 jours qui suivent l'intervention.
- **Suites opération tardives** : elles surviennent au-delà du 30 jours
- **Bradycardie** : est une arythmie associée à un rythme anormalement lent du cœur <60bt/mn.
- **Tachycardie** : est une augmentation anormale du rythme cardiaque caractérisée par une fréquence cardiaque > 100bt/mn.
- **Bradypnée** : est une diminution anormale de la fréquence respiratoire <10cycles/mn.

- **Tachypnée** : augmentation de la fréquence respiratoire > 20 cycles/mn chez l'adulte et 30 cycles /mn chez le nourrisson.
- **Anémie** : lorsque le taux d'hémoglobine circulant est
  - < 13 g/dl chez l'homme ;
  - < 12 g/dl chez la femme ou un enfant ;
  - < 14 g/dl chez le nouveau-né ;
  - < 10,5 g/dl au 3e trimestre de grossesse.

**NB** : Nous avons considéré comme anémique, les patients dont le taux d'hémoglobine était inférieur ou égal à 10g/dl.

### **3.6 Méthodes** : L'étude a comporté

- Une phase de recherche bibliographique
- Une phase d'élaboration de la fiche d'enquête ;
- Une phase de collecte des données ;
- Une phase de suivi ;
- Une phase de saisie et analyse des données

Pendant la phase prospective tous les patients recrutés ont suivi d'un examen clinique soigneux à savoir :

Un interrogatoire à la recherche des signes fonctionnels de l'histoire de la maladie, des antécédents médicaux et chirurgicaux ;

Un examen physique complet à la recherche de signes physiques et généraux.

Le bilan para clinique était constitué de :

- Groupage – Rhésus ;
- L'hémoграмme (étaient considérés comme anémique les patients dont le taux d'hémoglobine était inférieur ou égal à 10g/dl. L'hyperleucocytose a été définie par un taux de leucocyte supérieur à  $15000/\text{mm}^3$ ), la créatininémie, la glycémie.

- L'examen morphologique à savoir :
  - Echographie abdominale ;
  - Abdomen sans préparation(ASP) ;
  - Le scanner abdominal.

#### ❖ **Fiche d'enquête**

Elle comportait des variables réparties en :

- Données administratives : Age, sexe, nationalité, profession, ethnie, adresse.
- Paramètres cliniques et para cliniques (signes fonctionnels, signes généraux, signes physiques, les examens para-cliniques).
- Suites opératoires à court et moyen terme.
- Coût de la prise en charge (il englobait les frais de consultation, d'hospitalisation, le kit opératoire, les examens complémentaires et les frais d'ordonnance).

#### **Supports utilisés**

Les supports utilisés étaient : les dossiers médicaux des patients, les registres d'hospitalisations, les registres consignants les comptes rendus opératoires, les fiches d'enquête individuelle, les registres de consultations externes, SISS et d'anesthésie.

#### **Analyse des données**

Le traitement du texte a été fait par le logiciel **WORD** version 2010.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel **SPSS** version 21.

La comparaison des paramètres a été faite en utilisant le test statistique **Chi<sup>2</sup>** avec P significatif <0,05.

#### **Aspect Ethique**

L'approbation libre et éclairée des patients a été obtenue autrement dit le consentement des patients a été obtenu.



# RESULTATS

## V. Tableau de fréquences

### ➤ FREQUENCE :

Pendant la période d'étude, nous avons réalisé 89 interventions pour abcès appendiculaire .Ce qui représente :

- 6512 consultations chirurgicales parmi lesquelles l'abcès appendiculaire représentait 1,3%.
- 1213 hospitalisations soit 7,3% des cas de l'abcès appendiculaire
- 1456 interventions chirurgicales soit 6,1% de l'abcès appendiculaire
- 922 cas d'appendicite aigue ont été opérés parmi lesquels 89 cas d'abcès appendiculaires soit 9,65%.

### DONNEES ADMINISTRATIVES :

**Tableau I: Répartition des patients selon l'âge**

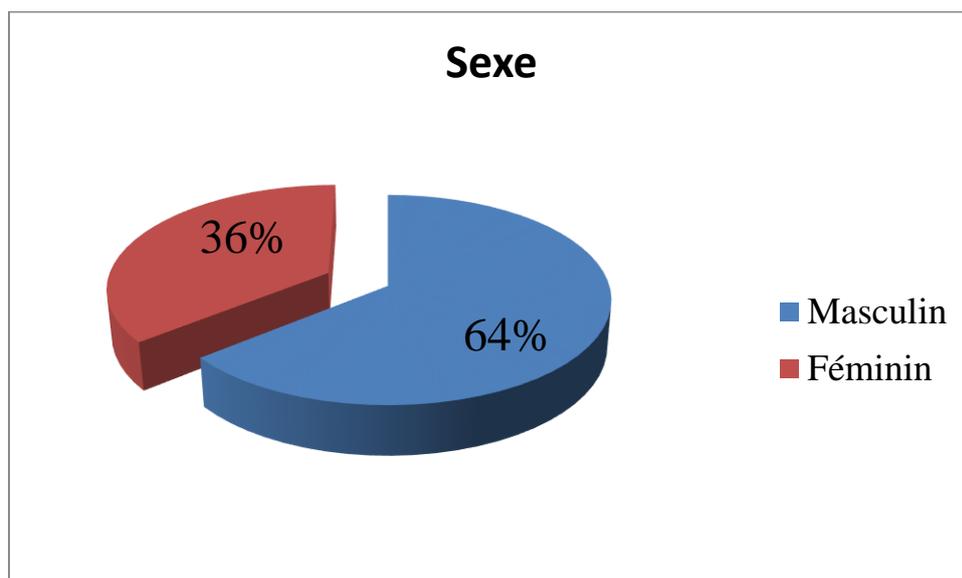
Age	Effectif	Pourcentage
0-15	16	18
<b>16-30</b>	<b>41</b>	<b>46,1</b>
31-45	18	20,2
46 et plus	14	15,7
Total	89	100

La tranche d'âge de 16-30 ans était la plus représentée soit 46,1%

L'âge moyen était 28,65 ans avec des extrêmes de 4 et 75 ans

L'écart type était 14,7.

**Sexe**



**Figure 7: Répartition des patients selon le sexe**

**Tableau II: Répartition des patients selon la provenance**

Adresse selon la commune	Effectif	Pourcentage
commune I	49	55,1
commune II	2	2,2
commune V	1	1,1
commune VI	5	5,6
Kati	29	32,6
autres	3	3,4
Total	89	100

La majorité de nos patients résidaient en commune I soit 55,1%

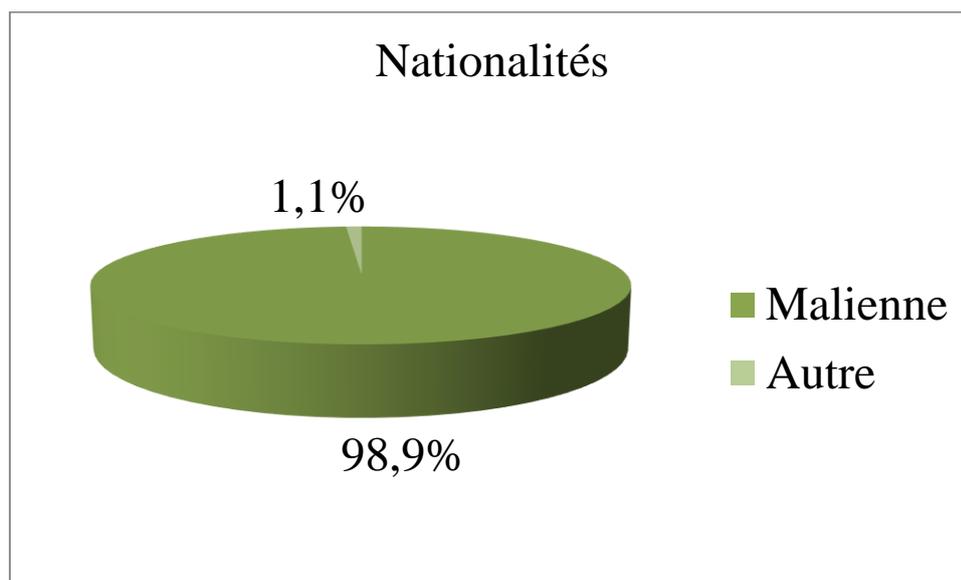
**Tableau III: Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçant	10	11,2
Cultivateur	13	14,6
Etudiant	24	27
<b>Ménagère</b>	<b>25</b>	<b>28,1</b>
Autres	17	19,1
Total	89	100

**Autres :** Chauffeurs(2) ; Journalistes(2) ; Mécaniciens(3) ; Ouvriers(10)

Les ménagères représentaient 28,1% des cas.

**Nationalité :**



**Figure 8: Répartition des patients selon la nationalité**

La quasi-totalité de nos patients était de nationalité maliennne soit 98,9%

**Autres :** Béninois

**Tableau IV: Répartition des patients selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bambara</b>	<b>35</b>	<b>39,3</b>
Malinké	7	8
Soninké	13	14,6
Peulh	10	11,2
Sénoufo	1	1,1
Minianka	5	5,6
Dogon	5	5,6
Sonrhäï	3	3,4
Autre	10	11,2
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Les Bambara étaient majoritaires soit 39,3%.

**Répartition des patients selon le mode de recrutement.**

➤ **Mode de recrutement :**

Tous nos patients ont été reçus en urgence.

**ETUDE CLINIQUE :**

➤ **Traitement avant l'admission :**

La majorité de nos patients ont reçu un traitement avant l'admission soit 88,8%.

**Tableau V: Répartition des patients selon le type de traitement reçu.**

<b>Type de traitement reçu</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Médical</b>	<b>76</b>	<b>85,4</b>
Traditionnel	3	3,4
Non	10	11,2
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Le traitement médical était le plus fréquent soit 85,4%.

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

Type de traitement médical reçu	Effectif	Pourcentage
<b>Antalgique</b>	<b>39</b>	<b>43,8</b>
Antalgique +Antibiotique	10	11,2
Antipaludéen	22	24,7
Non spécifié	5	5,6

L'antalgique était le plus utilisé soit 43,8%.

➤ **Type de traitement traditionnel reçu avant l'admission :**

La décoction était minoritaire soit 4,5%

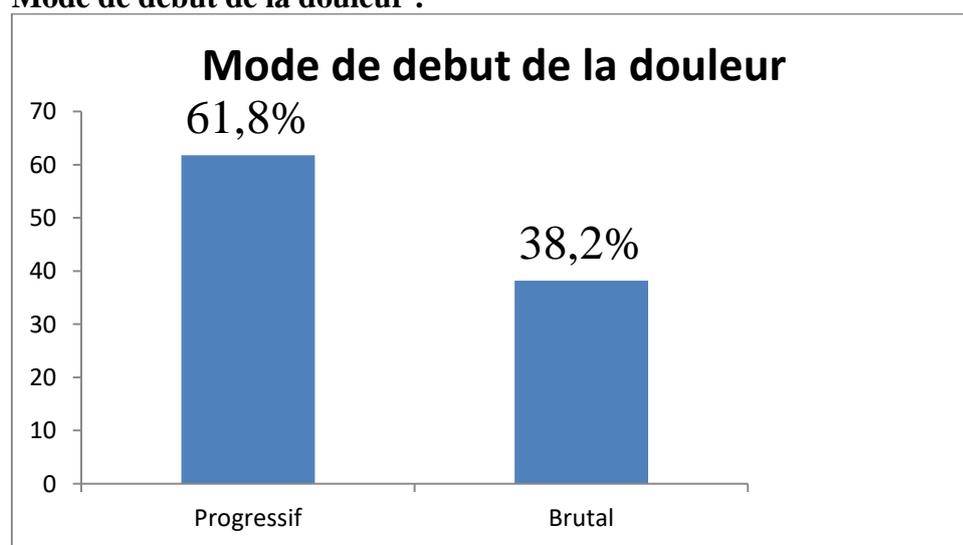
**Tableau VII: Répartition des patients selon le délai d'admission.**

Délai d'admission	Effectif	Pourcentage
2 jours	10	11
<b>3 jours</b>	<b>60</b>	<b>67,4</b>
4 jours	14	16
5 jours	5	5,6
Total	89	100

Le délai d'admission chez la majorité de nos patients était 3 jours soit 67,4%.

**SIGNES FONCTIONNELS :**

➤ **Mode de début de la douleur :**



**Figure 9: Répartition des patients selon le mode du début de la douleur**

La douleur était progressive dans 61,8% des cas.

**Tableau VIII: Répartition des patients selon le type de la douleur.**

Type de la douleur	Effectif	Pourcentage
<b>Picotement</b>	<b>62</b>	<b>69,7</b>
Poignard	16	18
Crampe	9	10,1
Brulure	1	1,1
Broiement	1	1,1
Total	89	100

La douleur à type de piqure était la plus représentée soit 69,7%.

**Tableau IX: Répartition des patients selon le siege de la douleur initiale**

Siege de la douleur	Effectif	Pourcentage
Hypochondre droit	1	1,1
Epigastre	5	5,6
Flanc droit	13	14,6
Région ombilicale	4	4,5
<b>FID</b>	<b>64</b>	<b>71,9</b>
FIG	1	1,1
Diffuse	1	1,1
Total	89	100

La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite dans 71,9% des cas.

**Tableau X: Répartition des patients selon l'irradiant de la douleur.**

Irradiation de la douleur	Effectif	Pourcentage
Epigastre	1	1,1
Région ombilicale	1	1,1
<b>Sans irradiation</b>	<b>82</b>	<b>92,1</b>
Hypogastre	1	1,1
Diffuse	2	2,3
Extra-abdominale	2	2,3
Total	89	100

La douleur était sans irradiation dans 92,1% des cas.

➤ **Intensité de la douleur :**

L'intensité de la douleur était forte dans 66,3% des cas.

➤ **Facteur d'exacerbation :**

La majorité de nos patients n'avait pas de facteur d'exacerbation soit 89,9%.

➤ **Facteur d'accalmi :**

Le facteur d'accalmi représentait 66,3% des cas (antalgiques).

**Tableau XI: Répartition des patients selon les signes accompagnateurs digestifs**

Signes accompagnateurs digestifs	Effectif	Pourcentage
Nausée + Vomissements	55	61,8
Constipation	15	16,9
Diarrhée	14	15,7
Non	5	5,6
Total	89	100

La nausée et le vomissement étaient les signes accompagnateurs le plus représentés soient 61,8%.

**SIGNES GENERAUX :**

**Score ASA :**

Tous nos patients étaient classés ASA I.

**Score de l'OMS :**

Tous nos étaient classés OMS I soit 100%.

➤ **Conjonctives**

Les patients avaient des conjonctives bien colorées dans 94,4% des cas.

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

La température	Effectif	Pourcentage
37,5	2	2,2
38,5	42	47,2
39 et plus	41	46,1
Non fait	4	4,5
Total	89	100

La fièvre était le principal signe retrouvé soit 47,2%.

**Tableau XIII: Répartition des patients selon le pouls.**

<b>Le pouls</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>60-100 bt/mn</b>	<b>76</b>	<b>85,4</b>
>100 bt/mn	11	12,4
Non fait	2	2,2
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Le pouls était normal chez 85,4 % de nos patients.

**Tableau XIV: Répartition des patients selon la pression artérielle.**

<b>Tension artérielle</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Normo-tendu</b>	<b>87</b>	<b>97,8</b>
Hypotendu	1	1,1
Hypertendu	1	1,1
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients était normo tendu soit 97,8%..

**Tableau XV: Répartitions des patients selon la fréquence respiratoire**

<b>Fréquence respiratoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>14-20 cycles/mn</b>	<b>57</b>	<b>64,0</b>
>20 cycles/mn	29	32,6
Non fait	3	3,4
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

La fréquence respiratoire était normale dans 64% des cas.

➤ **Langue saburrale :**

Les patients avaient une langue saburrale dans 71,9%.

**EXAMENS PHYSIQUES :**

➤ **Abdomen respire bien :**

L'abdomen respirait bien chez tous nos patients soit 100%.

➤ **Cicatrice visible :**

La cicatrice était absente dans 97,8% des cas.

➤ **Douleur de la FID :**

La douleur de la FID était présente dans 100% des cas.

**Tableau XVI: Répartition des patients selon les signes de palpation abdominale**

Signe de palpation	Effectif	Pourcentage
Défense	15	16,9
Psoitis	14	15,7
<b>Défense+ masse fluctuante</b>	<b>60</b>	<b>67,4</b>
Total	89	100

La défense et la masse dans le FID étaient présentes chez 67,4% des cas.

**Tableau XVII: Répartition des patients selon la présence des bruits hydro-aériques à l'auscultation.**

Bruits hydro-aériques	Effectif	Pourcentage
Normaux	84	94,4
Absents	4	4,5
Autres	1	1,1
Total	89	100

La majorité de nos patients avait les bruits hydro-aériques normaux soit 94,4%.

**Tableau XVIII: Répartition des patients selon le toucher rectal.**

Toucher pelviens (TR/TV)	Effectif	Pourcentage
<b>Douleur à droite dans le cul de sac de Douglas</b>	<b>82</b>	<b>92,1</b>
Cul de sac bombé	4	4,5
Non fait	3	3,4
Total	89	100

Au toucher rectal ; nos patients ont présenté une douleur à droite dans le cul de sac de Douglas soit 92,1%.

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

**BILANS SANGUINS :**

**Tableau : XIX Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine**

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
6,40-10 g/dl	6	6,7
<b>10,10-12,90 g /dl</b>	<b>44</b>	<b>49,4</b>
13-16,30 g/dl	39	43,9
Total	89	100

Les patients dont le taux d'hémoglobine qui se situait entre (10,10-12,90) g /dl étaient majoritaires soit 49,4%.

**IMAGERIE :**

➤ **ASP**

L'ASP n'a été réalisé chez qu'un seul patient soit 1,1%.

➤ **Echographie abdominale :**

L'échographie était réalisée chez tous nos patients soit 100%.

➤ **SCANNER :**

➤ Le scanner n'a pas été réalisé à cause de son inaccessibilité et son coût.

**Tableau XVIII: Répartition des patients selon le résultat de l'échographie.**

Résultat de l'échographie	Effectif	Pourcentage
<b>Epanchement péri appendiculaire</b>	<b>81</b>	<b>91</b>
Pas d'épanchement	2	2,3
Agglutinations des anses	6	6,7
Total	89	100

L'épanchement péri appendiculaire était présent chez la majorité de nos patients soit 91%.

**DIAGNOSTIC :**

**Tableau XIX: Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire**

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicite aigue	23	25,9
<b>Abcès appendiculaire</b>	<b>60</b>	<b>67,4</b>
Plastron abcédé	6	6,7
Total	89	100

Le diagnostic préopératoire le plus représenté était l'abcès appendiculaire soit 67,4%.

**TRAITEMENT :**

➤ **Grade operateur :**

La quasi-totalité de nos patients a été opéré par les chirurgiens soit 93,3%.

➤ **Mode de traitement :**

Le mode de traitement était médical et chirurgical chez tous nos patient soit 100%.

➤ **Type d'anesthésie :**

L'anesthésie locorégionale était le type d'anesthésie le plus représenté soit 78,7%.

➤ **Voie d'abord :**

L'incision de Mac Burney était la voie d'abord la plus représentée soit 71,9%.

**EXPLORATION :**

**Tableau XXI: Répartition des patients selon la quantité du pus aspiré**

Quantité de pus aspiré	Effectif	Pourcentage
< 20 cc	<b>51</b>	<b>57,3</b>
30-50 cc	32	36
60-90 cc	4	4,5
<100 cc	1	1,1
Non quantifié	1	1,1
Total	89	100

La quantité de pus aspiré était inférieure à 20 ccs soit un taux de 57,3%.

**Tableau XXIII: Répartition des patients selon l'état de l'appendice en peropérateur.**

Etat de l'appendice en peropérateur	Effectif	Pourcentage
Suppuré	10	11
<b>Perforé</b>	<b>73</b>	<b>82</b>
Gangrené	6	7
Total	89	100

L'examen macroscopique a révélé 82,02 % d'appendice perforé.

**GESTES REALISES :**

**Tableau SXXIV: Répartition des patients selon les gestes réalisés.**

Geste(s) réalisé(s)	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie+enfouissement	19	21,3
<b>Appendicectomie sansenfouissement</b>	<b>63</b>	<b>70,8</b>
Lavage+ drainage	7	7,9
Total	89	100

L'appendicectomie sans enfouissement suivie de lavage plus drainage a été la technique la plus utilisée soit 70,8%.

**TableauXXV:Répartition des patients selon l'examen bactériologique**

Examen	Effectif	Pourcentage
<b>cytobactériologique</b>		
<b>Escherichia Coli</b>	<b>33</b>	<b>37,1</b>
Staphylococcus aureus	3	3,4
Streptococcus	1	1,1
Non fait	52	58,4
Total	89	100

L'Escherichia Coli était le germe le plus fréquent soit 37,1%.

**Tableau XXVI: Répartition des patients selon l'antibiogramme**

Antibiogramme	Effectif	Pourcentage
<b>Imipenème</b>	<b>27</b>	<b>30,3</b>
Amoxicilline Acide clavulanique	1	1,1
Ceftriaxone	2	2,2
Gentamycine	1	1,1
Ciprofloxacine	1	1,1
Fosfomycine	3	3,4
Cefixime	2	2,2
Non fait	52	58,4
Total	89	100

La molécule la plus fréquemment utilisée était l'Imipenème soit 30,3% en raison de sa sensibilité .

**TableauXXVII:Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
<b>3 jours</b>	<b>79</b>	<b>88,8</b>
4 jours	7	7,9
> 5 jours	3	3,4
Total	89	100

La durée d'hospitalisation de la majorité de nos patients était 3 jours soit 88,8%.

**SUITES OPERATOIRES :**

**Tableau XXIII: Répartition des patients selon les complications immédiates**

Complications immédiates	Effectif	Pourcentage
Aucune	87	97,8
<b>Fistule du Moignon appendiculaire</b>	<b>1</b>	<b>1,1</b>
<b>Décès</b>	<b>1</b>	<b>1,1</b>
Total	89	100

La fistule du moignon appendiculaire et les décès représentaient 1,1 et 1,1% des cas.

➤ **Complications tardives :**

Tous nos patients n'ont eu aucune complication tardive.

**Tableau XXIX: Répartition des patients selon le coût de la prise en charge.**

Coût fixe(FCFA)	Effectif	Pourcentage
<b>125630</b>	<b>46</b>	<b>51,7</b>
149000	22	24,7
152530	20	22,5
400250	1	1,1
Total	89	100

Le coût moyen de la prise en charge était **140537,42 FCFA** ; avec un écart type égal à **30548,1FCFA**.

L'extrêmes étaient entre **125630** et **400250**.

**Tableau XXX : Complications immédiates et l'âge .**

Complications immédiates	Age intervalle				Total
	[0-15]	[16-30]	[31-45]	46 et plus	
Aucune	16	40	17	14	87
Fistule du Moignon appendiculaire	0	1	0	0	1
Décès	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	16	41	18	14	89

Khi deux=5,151      ddl=6      P=0,525

**Tableau XXXI : Complications immédiates et Sexe**

Complications immédiates	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Aucune	55	32	87
Fistule du Moignon appendiculaire	1	0	1
Décès	1	0	1
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>32</b>	<b>89</b>

Khi deux=1,149 ddl=2 P=0,563

**Tableau XXXII : Complications immédiates et Signe de palpation**

Complications immédiates	Signe de palpation			Total
	Défense	psoitis	défense +masse	
Aucune	15	14	58	87
Fistule du Moignon appendiculaire	0	0	1	1
Décès	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>60</b>	<b>89</b>

Khi deux=5,456 ddl=4 P=0,244

**Tableau XXXIII : Complications immédiates et Douleur de la FID**

Complications immédiates	Douleur de la FID	Total
	Oui	
Aucune	87	87
Fistule du Moignon appendiculaire	1	1
Décès	1	1
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>89</b>

Khi deux=            ddl=            P=

**Tableau XXXIV : Complications immédiates et Défense dans la FID**

Complications immédiates	Défense dans la FID		Total
	Oui	Non	
Aucune	86	1	87
Fistule du Moignon appendiculaire	1	0	1
Décès	1	0	1
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>1</b>	<b>89</b>

Khi deux=0,023      ddl=2      P=0,988

**Tableau XXXV : Complications immédiates et Masse dans la FID**

Complications immédiates	Masse dans la FID		Total
	Oui	Non	
Aucune	46	41	87
Fistule du Moignon appendiculaire	1	0	1
Décès	1	0	1
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>41</b>	<b>89</b>

Khi deux=2,065      ddl=4      P=0,724

**Tableau XXXVI : Complications immédiates et Toucher pelviens (TR/TV)**

Complications immédiates	Toucher pelvien			Total
	Douleur à droite dans le cul de sac de Douglas	Cul de sac bombé	Non fait	
Aucune	80	4	3	87
Fistule du Moignon appendiculaire	1	0	0	1
Décès	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>89</b>

Khi deux=0,175      ddl=4      P=0,996

**Tableau XXXVII : Complications immédiates et Echographie**

Complications immédiates	Echographie	Total
	Réalisée	
Aucune	87	87
Fistule du Moignon appendiculaire	1	1
Décès	1	1
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>89</b>

**Tableau XXXVIII : Complications immédiates et Geste(s) réalisé(s)**

Complications immédiates	Geste(e) réalisé(s)			Total
	Appendicectomie+ enfouissement	Appendicectomie Sans enfouissement	Lavage+drainage	
	Aucune	19	61	
Fistule du Moignon	0	1	0	1
Décès	0	1	0	1
<b>Total</b>	19	63	7	89

Khi deux=0,844      ddl=4      P=0,932

**Tableau XXXIX: Complications immédiates et Quantité de pus aspiré**

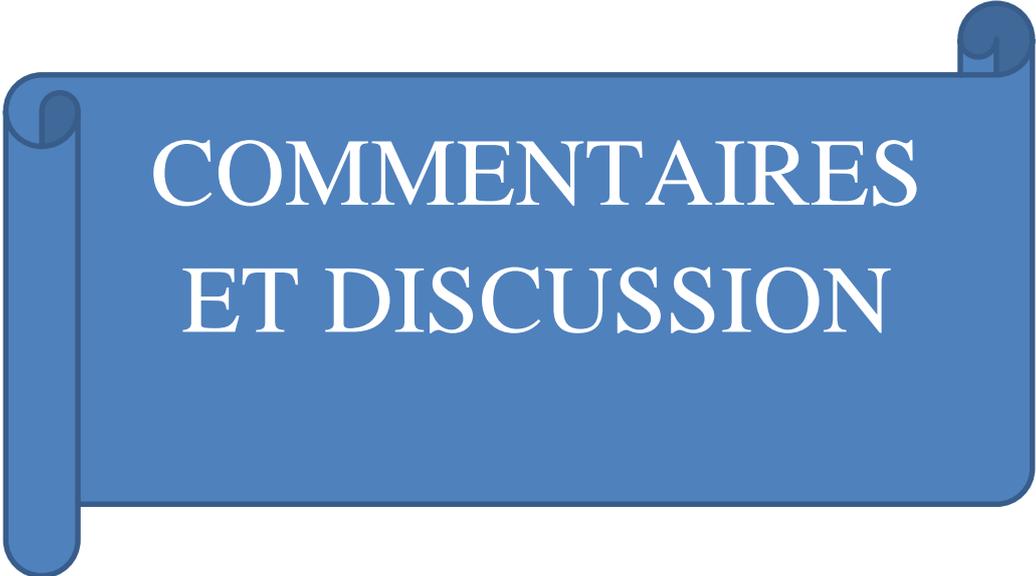
Complications immédiates	Quantité du pus aspiré					Total
	<20cc	30-50cc	60-90cc	<100cc	Non quantifié	
Aucune	49	32	4	1	1	87
Fistule du Moignon appendiculaire	1	0	0	0	0	1
Décès	1	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	51	32	4	1	1	89

Khi deux=1,524      ddl=8      P=0,992

**Tableau XL : Complications immédiates et durée d'hospitalisation**

Complications immédiates	Durée d'hospitalisation		Total
	3jours	>5jours	
Aucune	86	1	87
Fistule du Moignon append	0	1	1
Décès	0	1	1
<b>Total</b>	86	3	89

Khi deux=58,651      ddl=2      P=0,000



COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Méthodologie**

Il s'agissait d'une étude rétro et prospective. Elle a porté sur 89 cas d'abcès appendiculaire. Cette étude s'est déroulée sur une période de 5 ans allant du 01er Janvier 2019 au 31 Décembre 2023 dans le service de chirurgie générale du CS Réf CI.

Notre étude a connu des avantages et rencontré des difficultés.

#### **Avantage :**

La phase prospective nous a permis d'évaluer et de suivre nous-mêmes tous les patients admis à cette phase, d'élargir nos investigations et de recueillir des données avec très peu de biais donc plus fiables.

#### **Difficultés :**

La recherche et la collecte des données à partir de supports de données (registres de consultation, d'hospitalisation et de compte rendu opératoire et dossiers de malades) ont souvent été difficiles pour le volet rétrospectif. Les renseignements recueillis ainsi à partir de ces sources de données ont souvent été insuffisants (dossiers incomplets).

Le niveau socio-économique bas de bon nombre de nos patients et l'absence de service sociale et l'insuffisance du plateau technique ont entravé la réalisation de certains examens complémentaires notamment l'échographie pendant la nuit et certains examens biologiques, ECB du pus en urgence indispensables au diagnostic et suivi de nos patients.

Le non-respect des rendez-vous de certains patients au cours du suivi.

## 2. Epidémiologie

**TableauXLI** : Répartition des patients selon la fréquence et auteurs.

Fréquence Auteurs	Abcès appendiculaire	Pourcentage	Test Statistique
Guifo M L, Cameroun 2010 [38]	19	9,5	P = 0,2943
TOLO M , Mali 2014[35]	105	7,4	P=0,0000
Diallo M.Mali 2022[27]	30	28,5	P=0 ,0000
Notre étude	89	9,65	-

L'abcès appendiculaire est une complication non négligeable de l'appendicite aigue, il représente 10% des appendicites aigues de l'adulte en Afrique [38], alors qu'il est le tableau clinique initial retrouvé dans environ 50 % des cas chez le jeune enfant [29].

Il a représenté 9,65 % de l'appendicite dans notre série. Cette étude est comparable à celle rapportée par Guifo M L au Cameroun.

**Tableau XLII:** Répartition des patients en fonction de l'âge et auteurs

Auteurs	Age moyen	Age moyen	Test Statistique
Guifo M L, Cameroun 2010 [38]		31+/-19,37	P=0,9451
TOLO M , Mali 2014[35]		32+/-14,04	P=0,0000
Diallo M Mali 2022[27]		24+ /-16,7	P=0,0000
Notre étude		28,65+/-14,7	-

L'appendicite est surtout une maladie du sujet jeune comme l'abcès appendiculaire, rare chez le vieillard [42].

Selon la littérature, l'âge n'est pas un facteur de risque. l'âge moyen de 28,65ans dans notre étude ne diffère pas de celui des études [27 ;35 ;38] .

**Tableau XLIII :** Répartition des patients en fonction du sexe et auteurs

Auteurs	Sexe	Sexe-ratio
Guifo M L,Cameroun 2010 [38]		1 ,32
TOLO M , Mali 2014[35]		2,75
Diallo M Mali 2022[27]		1,5
Notre étude		1,78

Dans la littérature le sexe ne représente pas un facteur de risque [22].

Le sexe ratio de 1,78 dans notre série était presque identique à ceux retrouvé chez les autres auteurs [27 ;38].

### 3. ETUDE CLINIQUE

### 3.1. Signes généraux

#### \* Fièvre

**Tableau XLIV** :Repartition des patients en fonction de la fièvre et auteurs.

Fièvre		
Auteurs	Fièvre	Pourcentage
TOLO M	>38,5°C	100%
DIALLO M	>38,5°C	100%
Notre étude	>38,5°C	93,3%

La fièvre est constante et elle est supérieure à 38.5°C [43]. Classiquement la fièvre est toujours présente chez les malades ayant un abcès appendiculaire [29]. Nous l'avons retrouvé chez la majorité de nos patients dans notre série (93,3%).

### 3.2. Signes fonctionnels

#### 3.2.1.La douleur

Dans la littérature l'abcès appendiculaire est caractérisé par l'existence d'une douleur violente [44]. Cette douleur était retrouvée chez (100%) des patients.

Les troubles digestifs peuvent accompagner la douleur dans les abcès appendiculaires. Nous avons noté les nausées et vomissements dans 61,8% des cas.

La fréquence élevée des nausées et vomissements dans notre série peut être expliqués par la consultation tardive de nos patients.

La constipation et la diarrhée ont représenté respectivement 16,9% et 15,7% chez nos malades. La diarrhée constitue un piège redoutable, car associée à la fièvre et aux vomissements, elle peut conduire au diagnostic erroné de gastroentérite aiguë avant même l'examen clinique [45].

### 3.2.2. Siège de la douleur

La FID a été le siège de la douleur dans 71,9% des cas et épigastrique dans 5,6% des cas, cela s'expliquerait par le fait que les signes d'irritation péritonéale et/ou pelvienne sont plus marqués dans l'abcès appendiculaire [36].

### 3.2.3 Signes physiques

**Tableau XLV : signes physiques et auteurs**

Auteurs	Signes physiques	Défense FID	Douleur au toucher pelvien
TOLO M, Mali 2014[35]		97,14%	98,09 %
Diallo M Mali 2022[27]		93,3%	90%
Notre étude		67,4%	92,1%

La défense pariétale de la FID due à l'irritation du péritoine par l'inflammation est un signe capital en faveur du diagnostic de l'abcès appendiculaire [46]. On a retrouvé un taux de 67,4% dans notre série. Dans la littérature certains signes physiques sont essentiels pour affirmer le diagnostic de l'abcès appendiculaire :

Douleur vive et pulsatile plus une défense de la FID entraînant l'insomnie, une fièvre oscillante (+++) souvent supérieure à 39°. La perception d'une véritable masse douloureuse bien limitée et fluctuante dans la fosse iliaque droite qui correspond aux différents éléments cloisonnant l'abcès est aussi un élément pour le diagnostic de l'abcès appendiculaire [29].

La douleur au toucher pelvien est aussi un signe qui doit être systématiquement recherchée même si son absence ne signifie pas toujours que l'appendice est indemne des lésions [27].

Il s'agit d'une douleur située à droite dans le cul de sac de Douglas au TR et/ou au TV. Ainsi nous avons retrouvé chez 92,1% de nos malades une douleur à droite dans le Douglas.

La défense dans la FID et la douleur au toucher pelvien sont les signes physiques les plus retrouvés.

## **4. Examens complémentaires**

### **4.1. L'échographie :**

#### **La sensibilité de l'échographie selon les auteurs**

L'échographie avec une sensibilité de 80% pour le diagnostic peut apporter un complément d'information autant sur le stade anatomopathologique que sur la topographie et utile lorsque le diagnostic est difficile ou douteux [38].

Au cours de notre étude tous nos patients soit 100% ont bénéficié de l'échographie parmi lesquels le diagnostic de l'abcès appendiculaire a été posé chez 60 patients et confirmé en per-opératoire soit 67,4%. Ce résultat est différent de celui rapporté par TOLO M au Mali [35] en 2014.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'examen est souvent gêné par la présence des gaz digestifs et sa réalisation doit être confiée à un échographiste confirmé.

## **.5.Traitement**

Tout abcès diagnostiqué doit être opéré dans les plus brefs délais, afin de supprimer le foyer infectieux pour éviter la diffusion de l'infection dans la cavité péritonéale [39].

En présence d'un abcès appendiculaire, l'appendicectomie avec un drainage de l'abcès n'est pas seulement un fonctionnement en toute sécurité avec un taux de morbidité faible, mais c'est une procédure de choix permettant une réduction significative de l'hospitalisation et le coût de la santé [34].

### **Voie d'abord**

#### **Voie d'abord selon les auteurs**

L'incision de Mac Burney, est la voie élective et le caractère esthétique de cette incision plaide en sa faveur, lorsqu'elle est petite et la réparation parfaite des plans. Elle était la plus utilisées dans notre série soit 71,9% des malades.

Pour les autres patients, la voie médiane large a été choisie en raison de signes évocateurs d'une péritonite chez 28,1% malades. Ces différents choix de la voie d'abord étaient guidés par la clinique et les résultats de l'échographie.

## Technique opératoire

**Tableau XLVI : Technique opératoire selon les auteurs**

Techniques Auteurs	Apendicectomie +enfouissement+drainage	Apendicectomie+drainage	Drainage simple
Guifo M , Cameroun 2010[38]	-	14 (73,7%)	2(10,5%)
TOLO M ,Mali 2014[35]	65(58,1%)	24(22,9%)	10(9,5%)
Diallo M Mali 2022[27]	24(80%)	6(20%)	-
Notre étude	19(21,3%)	63(70,8%)	7(7,9%)

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 et l'inflammation du moignon appendiculaires favoriserait la perforation du bas fond caecal [39].

Parmi nos 63 cas d'appendicectomie suivi du lavage plus drainage et 7 cas de lavage et drainage simple un(1) seul patient a présenté une suppuration pariétale. Pour l'étude Camerounaise 14 (73,7%) d'appendicectomie plus drainage 2 (10,5%) d'entre eux ont présentés une suppuration pariétale. Ceci explique qu'il n'y a pas de différence entre la réalisation d'appendicectomie suivi de drainage et le drainage simple et la survenu des complications post opératoire.

## 6.Pronostic et évolution

Le diagnostic de l'abcès appendiculaire est plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte, de même pour la morbidité et la mortalité qui sont plus importantes chez l'enfant plus jeune à cause du système immunitaire fragile chez l'enfant [34].

### **6.1.Mortalité**

La mortalité varie selon le délai écoulé entre le début de la pathologie, la prise en charge et d'autres pathologies associées [39]. Nous avons enregistré un(1) cas de décès.

### **6.2. Durée moyenne d'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation de 2,0674 jours dans notre série diffère de celle de TOLO M[30] Cette différence s'explique par le diagnostic et la prise en charge très tôt .

## **7. COÛT DE LA PRISE EN CHARGE**

Le coût moyen de la prise en charge a été de **140537,42 F CFA** ce qui est largement supérieur au SMIG malien qui est de **40000 f CFA**[39]. Ce coût s'est vu majoré souvent par la survenue des complications. Notre coût ne diffère pas de celui de TOLO [35] qui a été de **133053,619FCFA**.



CONCLUSION &  
RECOMMADATIONS

### **CONCLUSION :**

L'abcès appendiculaire est une appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice.

Il constitue une urgence médico-chirurgicale. Son diagnostic est avant tout clinique, en cas de doute l'imagerie plus précisément l'échographie confirme le diagnostic.

Le traitement est le drainage en urgence par voie radiologique ou chirurgicale associé à une antibiothérapie.

Le taux de mortalité est faible sous réserve d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate.

### **RECOMMANDATIONS :**

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

#### **Aux agents sanitaires**

- L'examen clinique adéquat des patients;
- La prescription des médicaments (antalgique, antibiotique) dans les syndromes douloureux aigus de la fosse iliaque droite une fois le diagnostic posé ;
- La prise en charge précoce des malades dès le diagnostic clinique.

#### **A la population**

- La consultation le plus rapidement possible dans un centre spécialisé devant toute douleur abdominale aiguë en particulier la fosse iliaque droite.
- L'interdiction de faire une auto médication (traditionnelle ou médicale) devant les douleurs abdominales

#### **Aux Autorités**

- La formation des chirurgiens en chirurgie viscérale ;
- Une meilleure organisation du système de référence ;
- La mise en place d'une sécurité sociale pour une prise en charge adéquat et rapide ;
- L'encouragement des mutualités de santé.



# REFERENCES

## VII. REFERENCES

**1. Konate M, Amadou T, Coulibaly Y, Dembélé B, Boubacar K, Soumaila K, et al.** Appendicular Abscess in the Service of General Surgery at the Teaching Hospital Gabriel Toure, Bamako, Mali. Surg Sci. 1 janv 2018;09:281-5.

**2. Diallo MM.**

Abcès appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CSRéf de la Commune III.

**3. Leroy GM, Samuel T, Alain C, Christopher PT, Faustin AT, Markus F.**

Abcès appendiculaires: analyse de 19 cas traités au Centre hospitalier et Universitaire de Yaoundé et déductions pratiques. Pan Afr Med J [Internet]. 6 juill 2010 [cité 1 avr 2023];5(25). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/5/25/full>

**4. Jeong-Ki KIM, Seungbum Ryoo, Heung-Kwon Oh, Ji Sun Kim, Eun Kyung Shin Rumi Choe, Seung-Yong Jeong Kyu Joo Parc.**

Management de l'appendicite présentant un abcès ou une masse Département de chirurgie, Séoul College Université nationale de médecine, Séoul, Corée. Journal de la société coréenne de Coloproctology; 2010;26:6-20.

**5. Staffan Eriksson and Johan Styrod.**

Interval Appendicectomy: a retrospective study.

Eur J Surg 1998;164:771-774

**6. E KOFFI, K YENON, B KOUAME, J C KOUASSI, B DIANE, L KONAN**

Service de chirurgie générale et digestive (prof. J.C.KOUASSI)-CHU Cocody-Abidjan (Cote d'Ivoire) Médecine d'Afrique Noire :1995,42(8/9)

**7. S A ADALLA, MB FRCS:**

Département de chirurgie, Central Hospital Tripoli. Libya

Appendiceal mass: Interval appendicectomy should not be the rule.

Br J Clin Pract 1996; 50(3):168-169.

**8. Pius ISO Okafor M.D., Jidefor C. Orakwe M.B.B.Ch., Gabriel U. Chianakwana M.B.B.Ch.**

Gestion des masses appendiculaires: dans un hôpital périphérique au Nigeria:

World Journal of Surgery. Juillet 2003; 27(7) : 800-803.

**9. e9782224031718.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: <https://www.remede.org/librairie-medicale/pdf/e9782224031718.pdf>

**10. uricic, M. (2009) Pathologie digestive médico-chirurgicale.**

Appendicite aigue de l'enfant. Université Paul Sebatier, Toulouse, Chap. 5-urgences 2008-2009, 304-309. - Recherche Google [Internet]. [cité 5 janv 2024].

**11. Inan I, Chilcott M, Voiglio E, Bühler L, Di Dio F, Irmay F, et al.**

Appendicite aiguë atypique: hernie de Amyand. Med Hyg. 18 juin 2003;2442:1319-21.

**12. ABCES appendiculaire dans le service de chirurgie generale du chu gabriel toure [Internet]. [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: <https://www.rapport-gratuit.com/abcès-appendiculaire-dans-le-service-de-chirurgie-generale-du-chu-gabriel-toure/>

**13. RMS\_2442\_1319.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: [https://www.revmed.ch/view/810337/6456195/RMS\\_2442\\_1319.pdf](https://www.revmed.ch/view/810337/6456195/RMS_2442_1319.pdf)

**14. Cherrabi H, Idrissa S, Abouljaoud H, diallo AH, Atarraf K, Madi AE, et al.**  
Appendicite aigue sur hernie de Claudius Amyand chez un nouveau-né dans un tableau d'occlusion neonatale. Pan Afr Med J. 31 janv 2018;29:96.

**15. these59-20.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2024].** Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2020/these59-20.pdf>

**16. Mlle. AKOCH INSSAF 0 - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: <https://docplayer.fr/74983617-Mlle-akoch-inssaf-0.html>

**17. mémoire S. PRISE EN CHARGE DES APPENDICITES [Internet]. Projet de fin d'études. 2022 [cité 13 févr 2024].**

Disponible sur: <https://www.rapport-gratuit.com/prise-en-charge-des-appendicites/>

**18. Leguerrier, A. (1980) Nouveaux dossiers d'anatomie. Éditions scientifiques et juridiques 1980, 801, 93-106. - Références - Publication de recherche scientifique [Internet]. [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2349437>

**19. these248-19.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2024].** Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2019/these248-19.pdf>

**20. Anatomie de l'appendice [Internet]. Service de chirurgie générale et digestive Hôpital Saint-Antoine. [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: <https://chirurgie-digestive-sat.aphp.fr/pathologies/appendicite/anatomie-de-lappendice/>

**21. Plattner V, Raffaitin P, Mirallié E, Lejus C, Héloury Y.**

[Complicated appendicitis in children: laparoscopy or Mac Burney incision?]. *Ann Chir.* 1997;51(9):990-4.

**22. ABCES appendiculaire dans le service de chirurgie generale du chu gabriel toure [Internet]. 2024 [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: <https://www.rapport-gratuit.com/abces-appendiculaire-dans-le-service-de-chirurgie-generale-du-chu-gabriel-toure/>

**23. Leguerrier, A. (1980) Nouveaux dossiers d'anatomie. Éditions scientifiques et juridiques 1980, 801, 93-106. - Références - Publication de recherche scientifique [Internet]. 2024 [cité 6 mars 2024].** Disponible sur: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2349437>

**24. D. Mike Hardin J. Acute Appendicitis: Review and Update. Am Fam Physician. 1 nov 1999;60(7):2027-34.**

**25. Bocoum B. Appendicite aigue à l'hôpital régional de Mopti à propos de 71 Cas» [Internet] [thesis]. Université de Bamako; 2008 [cité 6 avr 2024].**

Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/10309>

**26. Khader AE, Lahkim M, Barni RE, Achour A. Appendicite aigue non compliquée : y a-t- il une place pour le traitement conservateur. Pan Afr Med J [Internet]. 2015 [cité 6 avr 2024];21.**

Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/144/full/>

**27. Diallo M. Abcès appendiculaire dans le service de chirurgie générale du csréf de la commune III. [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2022 [cité 6 avr 2024].** Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5687>

**28. Kane AM. Appendicectomies au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako [Internet] [thesis]. Université de Bamako; 2010 [cité 6 avr 2024].**

Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/9483>

**29. Garcia, S., Heloury Y. et Plattner, V. (1990) Appendicite aigue et péritonite Chirurgiedigestive de l'enfant. Ed. Douin, Paris, 6/6. - Références - Publication de recherche scientifique [Internet]. 2024 [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2349427>

**30. e9782224031718.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2024].**

Disponible sur: <https://www.remede.org/librairie-medicale/pdf/e9782224031718.pdf>

**31. Use of ultrasound scan as a bedside diagnostic aid [Internet]. British Journal of Surgery. [cité 26 mai 2024].**

Disponible sur: <https://scientificurgery.bjs.co.uk/article/use-of-ultrasound-scan-as-a-bedside-diagnostic-aid/>

**32. 4 appendicite.pdf [Internet]. [cité 26 mai 2024].** Disponible sur: <https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/4%20appendicite.pdf>

**33. Keita J, Keita MM coulibaly, Keita T, Ouattara DB, Sidibe T, Toure M, et al.**

Les appendicites aiguës de l'enfant à l'Hôpital Gabriel Toure: à propos de 20 cas. Mali Méd En Ligne [Internet]. 1995 [cité 26 mai 2024];17-20. Disponible sur: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/pt/afr-185390>

**34. Pérez-Martínez A, Conde-Cortés J, Martínez-Bermejo MA, Bento-Bravo L, Busto-Aguirreureta N, Goñi-Orayen C.**

[Programmed surgery for acute appendicitis]. Cirugia Pediatr Organo Of Soc Espanola Cirugia Pediatr. juill 2005;18(3):109-12.

**35. Tolo M. Abcès appendiculaire chez l'adulte. 2014 [cité 23 avr 2024];**

Disponible sur: <https://library.adhl.africa/handle/123456789/9978>

**36. Diarra A, Keita K, Traoré A, Koné A, Tounkara I, Traore I, et al.**

Appendicular Abscess in General Surgery at the Bocar Sidi Sall University Hospital in Kati. Surg Sci [Internet]. 4 déc 2020 [cité 23 avr 2024];11(12):479-85. Disponible sur: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=106148>

**37. Bittner R. Laparoscopic surgery--15 years after clinical introduction. World J Surg. juill 2006;30(7):1190-203.**

**38. Guifo ML, Takongmo S, Chichom A, Tagnyin Pishoh C, Tsatedem Atemkeng F, Fokou M.**

Abcès appendiculaires: analyse de 19 cas traités au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé et déductions pratiques. Pan Afr Med J [Internet]. 6 juill 2010 [cité 6 mars 2024];5:25. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3032627/>

**39. Boubacar K, Idrissa T, Issaka D, Dianguina SM, Boureima T, Seydou S, et al.** Appendicular Abscess: Epidemio-Clinical and Therapeutic Aspects in the General Surgery Department of the Reference Health Center of Commune III (C.s.ref CIII) of the

District of Bamako. Surg Sci [Internet]. 2023 [cité 23 avr 2024];14(02):77-83. Disponible sur: <https://www.scirp.org/journal/doi.aspx?doi=10.4236/ss.2023.142010>

**40. Abeş M, Petik B, Kazil S. Nonoperative treatment of acute appendicitis in children. J Pediatr Surg. août 2007;42(8):1439-42.**

**41. Muehlstedt SG, Pham TQ, Schmeling DJ.** The management of pediatric appendicitis: a survey of North American Pediatric Surgeons. J Pediatr Surg. juin 2004;39(6):875-9; discussion 875-879.

**42. Chapitre 003 - Appendicite de l'enfant et de l'adulte | CERF - Collège des Enseignants en Radiologie de France [Internet]. [cité 23 mai 2024].**

Disponible sur: <https://cerf.radiologie.fr/chapitre-003-appendicite-de-lenfant-et-de-ladulte>

**43. Diarra A, Keita K, Traoré A, Koné A, Tounkara I, Traore I, et al.**

Appendicular Abscess in General Surgery at the Bocar Sidi Sall University Hospital in Kati. Surg Sci [Internet]. 4 déc 2020 [cité 23 mai 2024];11(12):479-85. Disponible sur: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=106148>

**44. Aprahamian CJ, Barnhart DC, Bledsoe SE, Vaid Y, Harmon CM.**

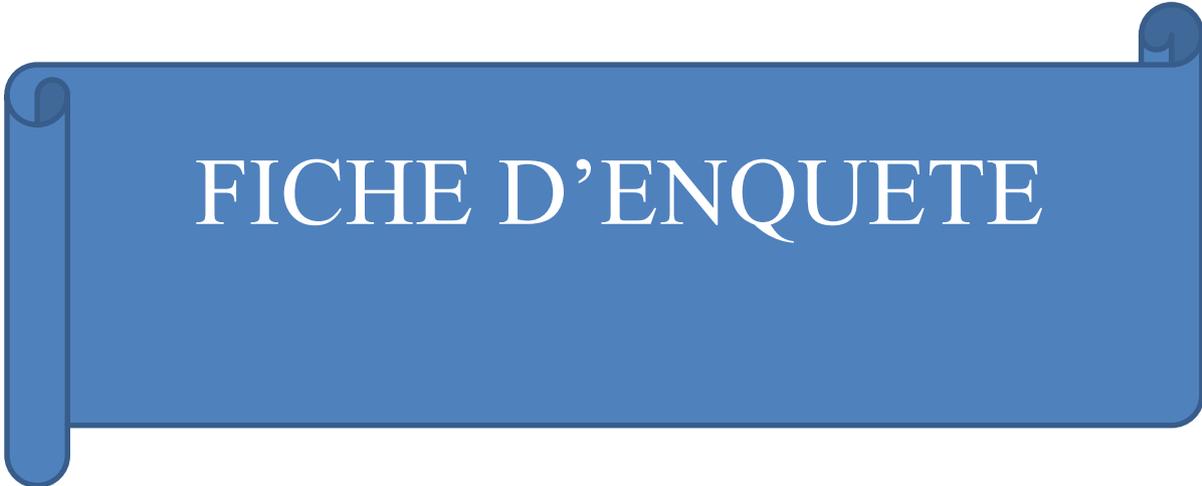
Failure in the nonoperative management of pediatric ruptured appendicitis: predictors and consequences. J Pediatr Surg. juin 2007;42(6):934-8; discussion 938.

**45. Masson E. Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant [Internet]. EM-Consulte. [cité 24 mai 2024].**

Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1619/appendicite-et-peritonite-appendiculaire-de-l-enfa>

**46. Diarra A, Keita K, Traoré A, Koné A, Tounkara I, Traore I, et al.**

Appendicular Abscess in General Surgery at the Bocar Sidi Sall University Hospital in Kati. Surg Sci [Internet]. 2020 [cité 6 mars 2024];11(12):479-85. Disponible sur: <https://www.scirp.org/journal/doi.aspx?doi=10.4236/ss.2020.1112050>



# FICHE D'ENQUETE

## VIII. ANNEXES

### Fiche d'enquête

**Thème : Abcès appendiculaire**

#### A- DONNEES ADMINISTRATIVES :

1-N° de fiche...../ \_\_/ \_\_/

2-N° Dossier du malade...../ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/

3- Date de consultation...../ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/

4-Nom et Prénoms...../ \_\_/ \_\_/ \_\_/

5-Age (ans)...../ \_\_/ \_\_/

6-Sexe ...../ \_\_/

1. Masculin      2. Féminin

7-Adresse habituelle .....

8- Profession...../ \_\_/

9- Nationalité...../ \_\_/

1. Malienne      2. Autres

10-Ethnie...../ \_\_/

1. Bambara    2. Malinké    3. Soninké    4. Khassonké

5. Peulh    6. Sénoufo    7. Bobo    8. Minianka

9. Dogon    10. Sonrhäï    11. Autres

11 Mode de recrutement...../ \_\_/

1. Urgence ;    2. Consultation externe

#### B-ETUDE CLINIQUE :

**Traitement reçu avant l'admission :**

12- Médical...../ \_\_/

1. Oui      2. Non

13- Si Oui...../ \_\_/

1. Antalgiques      2. Antibiotiques      3. Aucun

4. 1+2      5. Autres      6. Indéterminé.

14-Traditionnel...../ \_\_/

1. Massage      2. Décoction      3. Non

**Délai d'admission :**

- 1=1jour    2=2jours    3=3jours    4=4jours    5=5jours    6=6jours    7=7jours au plus.

**Signes fonctionnels :**

**Douleur :**

15- Le mode d'installation de la douleur...../ \_\_/

1. Progressif      2. Brutal      3. Indéterminé.

16-Type de la douleur...../ \_\_/

1. Picotement      2. Poignard      3. Crampe      4. Brulure      5. Autres

17- Le siège de la douleur...../ \_\_/

1. FID      2. Pelvien      3. FIG      4. Epigastrique

5. Péri ombilical      6. Diffuse      7. Indéterminé      8.Sous hépatique      9.Autre.

18-Periodicité de la douleur...../ \_\_/

1. Oui      2. Non

19- L'irradiation de la douleur...../ \_\_/

1. FID      2. Épigastrique      3. Pelvien

4. Péri ombilical 5. Autres

20- L'intensité de la douleur...../ \_\_/

1. Faible 2. Modérée 3. Intense

21- Facteur d'exacerbation...../ \_\_/

1. Oui 2. Non

22- Facteur d'accalmi...../ \_\_/

1. Oui 2. Non

23- Signes accompagnateurs...../ \_\_/

1. Fièvre 2. Vomissement 3. Diarrhée 4. Constipation

24- Troubles urinaires...../ \_\_/

1. Absents 2. Pollakiurie 3. Brûlure mictionnelle 4. Dysurie

5. Hématurie 6. Pyurie 7. Indéterminé

**Signes généraux :**

25- Etat général...../ \_\_/

**Score ASA :**...../ \_\_/

1. ASA I 2. ASA II 3. ASA III 4. ASA IV 5. ASA V 6. ASA VI

7. Indéterminé.

**Score de KARNOSFKY :**...../ \_\_/

1. = 100 2. = 90 3. = 80 4. = 70 5. = 60 6. = 50 7. = 40 8. = 30 9. = 20

10. = 10 11. = 0

2- Conjonctives...../ \_\_/

1. Bien colorées 2. Moyennement colorées.

26- La température...../ \_\_/

1. 37,5    2. 38,5    3. 39 et plus    4. Indéterminé.

27- Le pouls...../ \_ \_ /

1. <60bt /mn    2. 60-100bt/mn    3. >100bt/mn    4. Indéterminé.

28- Tension artérielle (TA)..... / \_ \_ / \_ \_ /

1. Normo tendu    2. Hypertendue    3. Hypotendue    4. Indéterminé.

29- Fréquence respiratoire...../ \_ \_ / \_ \_ /

1. 14-20 cycles/mn    2. < 14 cycles/mn    3. >20 cycles/mn    4. Indéterminé.

30- Langue saburrale ...../ \_ \_ /

1. Oui    2. Non    3. Indéterminé.

31- Plis de déshydratation...../ \_ \_ /

1. Oui    2. Non    3. Indéterminé

32-Oedème des membres inférieurs

1. Oui    2. Non

### C- EXAMENS PHYSIQUES

#### Inspection :

33- Abdomen respire...../ \_ \_ /

1. Oui    2. Non    3. Indéterminé

34- Cicatrice visible...../ \_ \_ /

1. Oui    2. Non

#### Palpation :

35- Douleur de la FID...../ \_ \_ /

1. Oui    2. Non    3. Indéterminé

36- Défense dans la FID...../ \_\_/

1. Oui    2. Non    3. Indéterminé

37- Masse dans la fosse iliaque droite(FID)..... / \_\_/

1. Oui    2. Non    3. Indéterminé

38- Contracture abdominale...../ \_\_/

1. Oui    2. Non    3. Indéterminé

39-Psoïtis...../ \_\_/

1. Oui    2. Non    3. Indéterminé

**Percussion :**

40-Matité...../ \_\_/

1. Oui    2. Non

41-Tympanisme...../ \_\_/

1. Oui    2.Non

**Auscultation :**

42-Bruits hydro-aériques.....

1. Normaux    2. Augmentés    3. Tympaniques

4. Absents    5. Autres    6. Indéterminés

**Touchers pelviens (TR / TV)...../ \_\_/**

1. Douleur à droite dans le cul de sac de Douglas aux touchers pelviens

2. Cul de sac de Douglas bombé

3. 1+2

4. Rien

5 Indéterminé

**D-EXAMENS COMPLEMENTAIRES:**

**BILANS SANGUINS :**

43 - Groupe sanguin...../ \_\_/

1. A    2. B    3. AB    4. O    5. Non fait

44 - Rhésus ...../ \_\_/

1. Positif (+)    2. Négatif(-)    3. Non fait

45 - NFS ...../ \_\_/

1. Oui    2. Non

46-Taux D'hémoglobine (g/dl)...../ \_\_/

1. 6,40 – 10    2. 10,10 – 12,80    3. 13 – 16,30    4. Non fait

47- Créatinémie...../ \_\_/

1. Normale    2. Pathologie (1 : oui 2 : non)    3. Non faite    4. Autres

48- Glycémie...../ \_\_/

1. Normale    2. Pathologie (1 : oui 2 : non)    3. Non faite

4. Autres Pathologies à préciser.....

49- Hémoculture...../ \_\_/

1. Stérile    2. Germes à préciser

50- Examen bactériologique...../ \_\_/

1. Absence de germes    2. Germes à préciser

51 - VS...../ \_\_/

1. Normale    2. Anomalie à préciser

52 - CRP...../ \_\_/

1. Normale      2. Pathologie à préciser      3. Non faite

**IMAGERIE :**

53 - ASP

1. Normal      2. Stercolithe
2. Iléus paralytique      4. Epanchement intra-péritonéale
5. Niveau hydro-aérique de la FID      6. Anses sentinelle      7. Non faite
8. Autres Pathologie à préciser .....

54 - Ecographie...../ \_\_/

1. Réalisée      2. Non faite

Si Oui .....

55 - Epanchement péri-appendiculaire...../ \_\_/

1. Oui      2. Non

56 - Epanchement liquidien intra péritonéal...../ \_\_/

1. Oui      2. Non      3. Autre à préciser .....

**E-Diagnostic :**

57- Diagnostic préopératoire...../ \_\_/

1. Appendicite aiguë      2. Abcès appendiculaire
3. Autres      5. Indéterminé

**F- Traitement :**

58- Mode de traitement...../ \_\_/

1. Chirurgical      2. Médical      3. 1+2

59- Voie d'abord...../ \_\_/

1. Incision de Mac Burney      2. Incision médiane sus et sous ombilicale  
3. Para rectal droite      5. Jalaguiet

**J- Exploration :**

60- Quantité de pus aspire...../\_\_\_/

1.  $\leq 20$  cc      2. 30-50 cc      3. 60-90 cc      4.  $<100$  cc      5. Non quantifiée

61- Etat de l'appendice en per opératoire..... /\_\_\_/

1. Suppuré      2. Perforé      3. Gangrené      4. Indéterminé

**H-Gestes effectués:**

62- Type d'appendicectomie...../\_\_\_/

1. Appendicectomie + lavage + drainage + enfouissement  
2. 1+ sans enfouissement      3 = Drainage

**I- Suites opératoires :**

63 - Complications immédiates...../\_\_\_/

1. Simples      2. Abcès de paroi      3. Abcès de Douglas  
4. Fistule du Moignon appendiculaire      5. Hémorragie      6. Hématome de la paroi  
7. Éviscération  
8. Septicémie      9. Décès

64 – Complications tardives...../\_\_\_/

1. Occlusion sur Bride      2. Événtration      3. Autres      4. Indéterminé

## **Fiche signalétique**

**Prénom :** Mama Hamadoun

**Nom :** GUINDO

**Titre de la Thèse :** Abcès appendiculaire au CS Réf CI

**Année universitaire :** 2023 - 2024

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie générale.

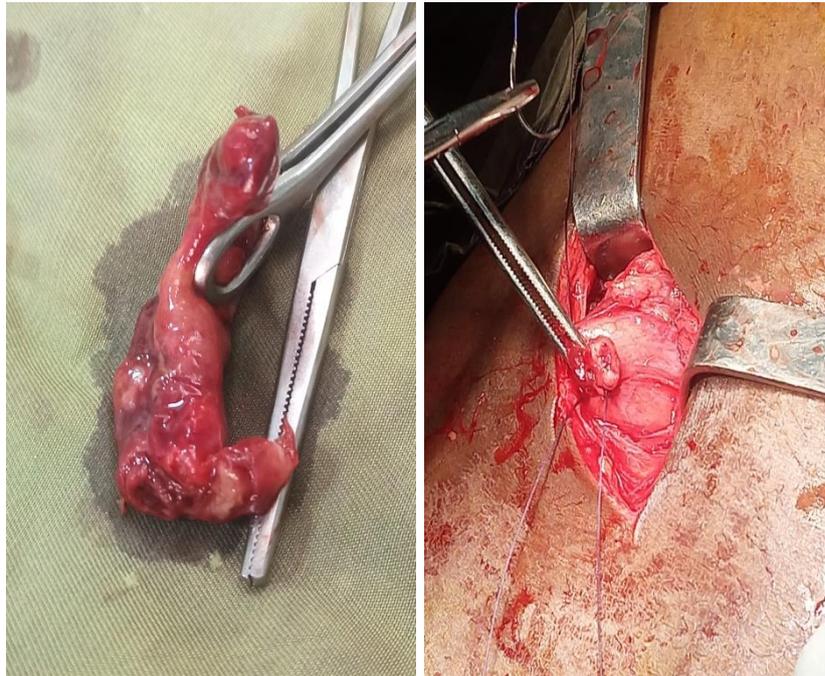
**Objectifs:** Etudier les aspects Epidémio-cliques, diagnostiques et thérapeutiques de l'abcès appendiculaire en chirurgie générale au CS Réf CI de 2019 à 2023

**Matériels et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective sur une période de 05 ans allant de janvier 2019 à décembre 2023 dans le service de chirurgie générale du CS Réf CI incluant tous les cas d'abcès appendiculaire.

**RESULTATS:** Sur 05ans 922 cas d'appendicites aiguës ont été colligés dont 89 cas d'abcès appendiculaire soit 9,65%. L'âge moyen était de 28,65 ans avec des extrêmes de 4 et 75 ans. La douleur abdominale et la fièvre étaient présentes chez tous les patients. La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite dans 71,9% ; épigastrique dans 5,6%. Dans la quasi-totalité des cas une défense abdominale était présente soit 67,4%. L'échographie avait été réalisée chez tous nos 100% (89) et avait retrouvé un épanchement péri appendiculaire dans 91,01%. On a réalisé abords par une incision de Mac Burney soit 71,9% et Jalaguier 28,1%. La quantité de liquide aspiré était inférieure à 20 cc chez 57,3% (51) des patients. Nous avons réalisé une appendicectomie avec enfouissement du moignon appendiculaire suivi du lavage plus drainage de la cavité abdominale chez 21,3% (19) des patients, sans enfouissement dans 70,8% (63) Lavage et drainage dans 7,9% (7). Un cas de décès a été enregistré. Notre durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours.

**CONCLUSION:** L'abcès appendiculaire est une urgence chirurgicale fréquente. Il fait suite à l'appendicite aigue dont le diagnostic est retardé par des traitements non spécifiques dans notre pays.

Mots clés : Abcès appendiculaire, adulte, Appendicectomie



**Fig10 : Abcès appendiculaire opéré au centre de santé de référence de la commune I de Bamako**

### **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 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 !!!