

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

TITRE

**PERITONITE APPENDICULAIRE DANS LE  
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE DU  
CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE DE SAN**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le ..../..../2024 devant le jury de la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Par : M. Charles DIASSANA**

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

Jury

**Président : M. Soumaila KEITA** (*Professeur titulaire*)

**Membre : M. Bakary Mamby DEMBELE** (*chirurgien*)

**M. Jacques SAYE** (*chirurgien*)

**Co-directeur : M. Bréhima BENGALY** (*Maitre de conférences agrégé*)

**Directeur : M. Drissa TRAORE** (*Maitre de conférences agrégé*)

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 – 2024**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR  
VICE-DOYEN : **Mr Mamadou Lamine DIAKITE** - PROFESSEUR  
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES  
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR

**LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE**

1. Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
2. Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
3. Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
4. Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie
5. Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
6. Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
7. Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
8. Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
9. Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
10. Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
11. Mr Issa TRAORE	Radiologie
12. Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
13. Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
14. Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
15. Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
16. Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
17. Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
18. Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
19. Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
20. Mr Amadou DOLO	Gynéco- Obstétrique
21. Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
22. Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
23. Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
24. Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
25. Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
26. Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
27. Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
28. Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
29. Mr Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
30. Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
31. Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
32. Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
33. Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
34. Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
35. Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
36. Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
37. Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
38. Mr Y'eya Tiémoko TOURE	Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique
39. Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
40. Mr Adama SANGARE	Orthopédie Traumatologie
41. Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
42. Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabetologie
43. Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
44. Mme Fatimata Sambou DIABATE	Gynéco- Obstétrique
45. Mr Bakary Y. SACKO	Biochimie
46. Mr Moustapha TOURE	Gynécologie-Obstétrique
47. Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
48. Mr Dapsa Aly DIALLO	Hématologie

49. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
50. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
51. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
52. Mr Mamadou SOUNCALO TRAORE	Santé Publique
53. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
54. Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
55. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
56. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
57. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
58. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
59. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
60. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
61. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
62. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
63. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
64. Mr Aly TEMBELY	Urologie
65. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie/Traumatologie
66. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
67. Mr Bah KEITA	Pneumo-Physiologie
68. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
69. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
70. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
71. Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale et éthique en Santé
72. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
73. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
74. Mme Fatimata KONANDJI	Ophthalmologie
75. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
76. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

### D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

#### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
2. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
4. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
5. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale <b>Chef de DER</b>
6. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
7. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
8. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
9. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
10. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
11. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
12. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
13. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
14. Mr Broulaye Massoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
15. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
16. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
17. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
18. Mr Japhet Pobanou THERA	Ophthalmologie
19. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
20. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
21. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
22. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
23. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
24. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

**2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE**

1. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
2. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
3. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
4. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
5. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
6. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
7. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
8. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
9. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
10. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
11. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
12. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
13. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
14. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
15. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
16. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
17. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
18. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
19. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
20. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
21. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
22. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
23. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
24. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
25. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
26. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
27. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
28. Mr Dramane Nafou CISSE	Urologie
29. Mr Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
30. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
31. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
32. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
33. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
34. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
35. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
36. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
37. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
38. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
39. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
40. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
41. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
42. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
43. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
44. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie
45. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
46. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
47. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
48. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
49. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
50. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
51. Mr Bougadari Coulibaly	Prothèse Scellée
52. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
53. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
54. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo –Faciale
55. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
56. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
57. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
58. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
59. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
60. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
61. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
62. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie

**3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Ibrahim SANKARE         | Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire  |
| 2. Mr Abdoul Aziz MAIGA       | Chirurgie Thoracique                       |
| 3. Mr Ahmed BA                | Chirurgie Dentaire                         |
| 4. Mr Seydou GUEYE            | Chirurgie Buccale                          |
| 5. Mr Mohamed Kassoum DJIRE   | Chirurgie Pédiatrique                      |
| 6. Mme Fadima Koréïssy TALL   | Anesthésie Réanimation                     |
| 7. Mr Abdoulaye KASSAMBARA    | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  |
| 8. Mr Mamadou DIARRA          | Ophtalmologie                              |
| 9. Mme Assiatou SIMAGA        | Ophtalmologie                              |
| 10. Mr Sidi Mohamed COULIBALY | Ophtalmologie                              |
| 11. Mme Hapssa KOITA          | Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale |

**4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE**

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| 1. Mme Lydia B. SITA | Stomatologie |
|----------------------|--------------|

**D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

**1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. Mr Cheick Bougadari TRAORE | Anatomie-Pathologie <b>Chef de DER</b> |
| 2. Mr Bakarou KAMATE          | Anatomie-Pathologie                    |
| 3. Mr Mahamadou A. THERA      | Parasitologie –Mycologie               |
| 4. Mr Djibril SANGARE         | Entomologie Moléculaire Médicale       |
| 5. Mr Guimogo DOLO            | Entomologie Moléculaire Médicale       |
| 6. Mr Bakary MAIGA            | Immunologie                            |
| 7. Mme Safiatou NIARE         | Parasitologie – Mycologie              |

**2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1. Mr Karim TRAORE                   | Parasitologie – Mycologie                     |
| 2. Mr Abdoulaye KONE                 | Parasitologie– Mycologie                      |
| 3. Mr Moussa FANE                    | Biologie, Santé publique, Santé-Environnement |
| 4. Mr Mamoudou MAIGA                 | Bactériologie-Virologie                       |
| 5. Mr Bassirou DIARRA                | Bactériologie-Virologie                       |
| 6. Mme Aminata MAIGA                 | Bactériologie Virologie                       |
| 7. Mme Djeneba Bocar FOFANA          | Bactériologie-Virologie                       |
| 8. Mr Aboubacar Alassane OUMAR       | Pharmacologie                                 |
| 9. Mr Bréhima DIAKITE                | Génétique et Pathologie Moléculaire           |
| 10. Mr Yaya KASSOGUE                 | Génétique et Pathologie Moléculaire           |
| 11. Mr Oumar SAMASSEKOU              | Génétique/Génomique                           |
| 12. Mr Mamadou BA                    | Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale  |
| 13. Mr Bourama COULIBALY             | Anatomie Pathologie                           |
| 14. Mr Sanou Kho COULIBALY           | Toxicologie                                   |
| 15. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME | Biologie Médicale/Biochimie Clinique          |
| 16. Mr Sidi Boula SISSOKO            | Histologie embryologie et cytogénétique       |
| 17. Mr Drissa COULIBALY              | Entomologie médicale                          |
| 18. Mr Adama DAO                     | Entomologie médicale                          |
| 19. Mr Ousmane MAIGA                 | Biologie, Entomologie, Parasitologie          |

**3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

- |                      |               |
|----------------------|---------------|
| 1. Mr Bamodi SIMAGA  | Physiologie   |
| 2. Mme Mariam TRAORE | Pharmacologie |
| 3. Mr Saldou BALAM   | Immunologie   |

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 4. Mme Arhamatoulaye MAIGA          | Biochimie                                  |
| 5. Mr Modibo SANGARE<br>Biomédicale | Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche |
| 6. Mr Hama Abdoulaye DIALLO         | Immunologie                                |
| 7. Mr Sidy BANE                     | Immunologie                                |
| 8. Mr Moussa KEITA                  | Entomologie Parasitologie                  |

#### 4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA      | Anatomie Pathologie                 |
| 2. Mme Assitan DIAKITE   | Biologie                            |
| 3. Mr Ibrahim KEITA      | Biologie moléculaire                |
| 4. Mr Tata TOURE         | Anatomie                            |
| 5. Mr Boubacar COULIBALY | Entomologie, Parasitologie médicale |
| 6. Mme Nadié COULIBALY   | Microbiologie, Contrôle Qualité     |

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA       | Radiologie et Imagerie Médicale         |
| 2. Mr Sounkalo DAO             | Maladies Infectieuses et Tropicales     |
| 3. Mr Daouda K. MINTA          | Maladies Infectieuses et Tropicales     |
| 4. Mr Boubacar TOGO            | Pédiatrie                               |
| 5. Mr Moussa T. DIARRA         | Hépatogastro-entérologie                |
| 6. Mr Ousmane FAYE             | Dermatologie                            |
| 7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie                              |
| 8. Mr Yacouba TOLOBA           | Pneumo-phthisiologie <b>Chef de DER</b> |
| 9. Mme Mariam SYLLA            | Pédiatrie                               |
| 10. Mme Fatoumata DICKO        | Pédiatrie                               |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY    | Psychologie                             |
| 12. Mr Mahamadou DIALLO        | Radiologie et Imagerie Médicale         |
| 13. Mr Ichaka MENTA            | Cardiologie                             |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE     | Pédiatrie                               |
| 15. Mr Souleymane COULIBALY    | Cardiologie                             |

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO     | Médecine Interne         |
| 2. Mme Djénébou TRAORE         | Médecine Interne         |
| 3. Mr Djibril SY               | Médecine Interne         |
| 4. Mr Idrissa Ah. CISSE        | Rhumatologie             |
| 5. Mr Ilo Bella DIALL          | Cardiologie              |
| 6. Mr Hamidou Oumar BA         | Cardiologie              |
| 7. Mr Youssouf CAMARA          | Cardiologie              |
| 8. Mr Mamadou DIAKITE          | Cardiologie              |
| 9. Mr Massama KONATE           | Cardiologie              |
| 10. Mr Ibrahim SANGARE         | Cardiologie              |
| 11. Mr Samba SIDIBE            | Cardiologie              |
| 12. Mme Asmaou KEITA           | Cardiologie              |
| 13. Mr Mamadou TOURE           | Cardiologie              |
| 14. Mme COUMBA Adiaratou THIAM | Cardiologie              |
| 15. Mr Boubacar SONFO          | Cardiologie              |
| 16. Mme Mariam SAKO            | Cardiologie              |
| 17. Mr Anselme KONATE          | Hépatogastro-entérologie |
| 18. Mme Kadiatou DOUMBIA       | Hépatogastro-entérologie |
| 19. Mme Hourouma SOW           | Hépatogastro-entérologie |
| 20. Mme Sanra Deborah SANOGO   | Hépatogastro-entérologie |
| 21. Mr Adama Aguisa DICKO      | Dermatologie             |
| 22. Mr Yamoussa KARABINTA      | Dermatologie             |
| 23. Mr Mamadou GASSAMA         | Dermatologie             |
| 24. Mme N'DIAYE Hawa THIAM     | Dermatologie             |

25. Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
26. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
27. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
28. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
29. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
30. Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
31. Mr Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
32. Mr Issa CISSE	Radiologie et Imagerie Médicale
33. Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
34. Mr Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
35. Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
36. Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
37. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
38. Mr Koniba DIABATE	Radiothérapie
39. Mr Adama DIAKITE	Radiothérapie
40. Mr Aphou Sallé KONE	Radiothérapie
41. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
42. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
43. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
44. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
45. Mme Fatoumata Léonie François DIAKITE	Pédiatrie
46. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
47. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
48. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
49. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
50. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
51. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
52. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
53. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
54. Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
55. Mr Seydou SY	Néphrologie
56. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence

### 3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
2. Mr Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
3. Mme Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
4. Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
5. Mr Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
6. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
7. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
8. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
9. Mme Siritio BERTHE	Dermatologie
10. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
11. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
12. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
13. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire
14. Mr DiakaliaSiaka BERTHE	Hématologie
15. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie

### 4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
---------------------------	----------------------

### D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

#### 1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale

**2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE**

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA	Epidémiologie
2. Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
3. Mr Oumar SANGHO	Epidémiologie
4. Mr Cheick Abou COULIBALY	Epidémiologie
5. Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
6. Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
7. Mr Nafomon SOGOBA	Epidémiologie
8. Mr Abdourahmane COULIBALY	Anthropologie de la Santé
9. Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
10. Mr Birama Apho LY	Santé Publique

**3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

1. Mr Ousmane LY	Santé Publique
2. Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
3. Mme Lalla Fatouma TRAORE	Santé Publique
4. Mr Mahamoudou TOURE	Santé publique
5. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE	Nutrition
6. Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
7. Mr Samba DIARRA	Anthropologie de la Santé
8. Mr Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie

**4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE**

1. Mr Seydou DIARRA	Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE	Santé Communautaire
4. Mme Fatoumata KONATE	Nutrition et Diététique
5. Mr Bakary DIARRA	Santé Publique
6. Mr Ilo DICKO	Santé Publique
7. Mme Niélé Hawa DIARRA	Santé Publique
8. Mr Moussa SANGARE	Orientation, contrôle des maladies
9. Mr Mahmoud CISSE	Informatique médicale
10. Mme Djénéba DIARRA	Santé de la reproduction

**CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

1. Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie <b>Maître de Recherche</b>
2. Mr Amsalla NIANG	Odonto Préventive et Sociale <b>Chargé de Recherche</b>
3. Mme Daoulata MARIKO	Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY	Gestion <b>Maître de Conférences</b>
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE	Biochimie
6. Mr Brahima DICKO	Médecine Légale <b>Chargé de Recherche</b>
7. Mr Bah TRAORE	Endocrinologie
8. Mr Modibo MARIKO	Endocrinologie
9. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
10. Mr Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
11. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE	Parodontologie <b>Attaché de Recherche</b>
12. Mme Rokia SANOGO	Médecine Traditionnelle <b>Professeur</b>
13. Mr Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale <b>Professeur</b>
14. Mr Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
15. Mr Mamadou BA	Chirurgie Buccale <b>Maître de Recherche</b>
16. Mr Baba DIALLO	Epidémiologie <b>Maître de Recherche</b>
17. Mr Mamadou WELE	Biochimie <b>Professeur</b>
18. Mr Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie <b>Maître de Conférences</b>
19. Mr Tietie BISSAN	Biochimie
20. Mr Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche <b>Directeur de Recherche</b>
21. Mr Babou BAH	Anatomie
22. Mr Zana Lamissa SANOGO	Ethique-Déontologie
23. Mr Lamine DIAKITE	Médecine de travail

24. Mme Mariame KOUMARE	Médecine de travail
25. Mr Yaya TOGO	Economie de la santé
26. Mr Madani LY	Oncologie
27. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
28. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
29. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
30. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
31. Mr Blaise DACKOUCO	Chimie organique
32. Mr Madani MARICO	Chimie générale
33. Mr Lamine TRAORE	PAP / PC
34. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odontologie gériatrique
35. Mr Mohamed Cheick HAIDARA	Droit médical appliqué à l'odontologie et Odontologie légale
36. Mr Abdrahamane A. N. CISSE	ODF
37. Mr Souleymane SISSOKO	PAP / PC/Implantologie
38. Mr Cheick Ahamed Tidiane KONE	Physique
39. Mr Morodian DIALLO	Physique
40. Mr Ibrahim Sory PAMANTA	Rhumatologie
41. Mr Apérou dit Eloi DARA	Psychiatrie
42. Mme Kadiatou TRAORE	Psychiatrie
43. Mr Joseph KONE	Pédagogie médicale
44. Mr Ibrahima FALL	OCE
45. Mr Fousseyni CISSOKO	OCE
46. Mr Abdoul Karim TOGO	OCE

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Bamako, le / 08 / 07 / 2024

Le Secrétaire Principal



Dr Monzon TRAORE

# DÉDICACES

Je rends grâce à DIEU notre Seigneur,

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

Je lui rends grâce de m'avoir donné force, détermination et inspiration pour la réalisation de ce travail. Il est le Très Haut, le Très Grand. Ce travail est une infime partie de tes immenses grâces. Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

**A mon père : Bertin Diassana**

Sans ta bonne volonté, ton courage, et ton esprit combatif on n'en serait pas là ce jour. L'attention que tu aies accordé à mon éducation ainsi qu'à celle de mes frères et sœurs, les sages conseils que tu n'as jamais cessé de nous prodiguer, font de toi un père exemplaire. Que DIEU te bénisse et que ce travail soit l'attestation que ce que tu as commencé en moi abouti.

**A ma mère : Filoté Dabou**

Tu t'es toujours sacrifiée pour que nous devenions ce que nous sommes aujourd'hui. L'amour et le soutien maternel n'a jamais manqué. Nous avons été impressionnés par ta patience. Trouve ici l'expression de ma gratitude et de tout mon respect. Ce modeste travail est le tien.

**A mon très cher Tonton et papa : Paul Diassana**

Aucun mot ne saurait exprimer tout mon amour et toute ma gratitude. Merci pour tes sacrifices le long de ces années. Merci pour ta présence rassurante. Merci pour tout l'amour que tu procures à notre famille...

En témoignage des profonds liens qui nous unissent, veuillez cher père trouvez à travers ce travail l'expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance. Puisse ton existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession.

**A ma tendre mère et tante : Kadidiatou Diallo**

Je ne trouverai jamais de mots pour t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse. Et si j'en suis arrivé là ce jour, ce n'est que grâce à votre patience, vos longues nuits de prière. Vous m'avez toujours conseillé et orienté dans la voie du travail et de l'honneur.

**A tous mes pères et toutes mes mères :**

Je vous remercie du fond du cœur que le seigneur vous assiste...

**A mes frères et sœurs**

Odette, Symphorien et son épouse Patricia, Sylvie, Fidel, Jeannette, Boniface et son épouse Jeanne, Paul, Donatien, Marie-Adèle, Rosalie, Reine-Marie, Bernadette, Armand, Désiré, Léontine, Editte, Albertine, Alexandre ...

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

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

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

A mes neveux/nièces Kader, Guy, Evelyne, Rosalie, Etienne, Paul pakoné, Thérèse ...  
Qu'ALLAH vous accord longue vie et réussite.

**A mon Chef : Dr Bakary Mamby Dembélé Chirurgien Générale au CSRef de SAN**

Merci infiniment pour : la formation, les conseils, les motivations, les opportunités offertes à ma personne. Vous êtes un exemple à suivre, que Dieu vous récompense aux centuple...

# REMERCIEMENTS

**A mes chers amis, camarades et collaborateurs :** Ahmed AL Ansary ; Issoumaila Doumbia ; Mahamadou Ouonogo ; Amadou N Coulibaly ; Issa Diallo ; Ahmadou Diallo ; Sitan Diallo ; Déborah Dakouo....

**A tous les habitants de la commune de Diora et mon village (Bény-Bokuy) :** la meilleure récompense est auprès de Dieu. Ce travail est le vôtre.

**A Tous mes enseignants du Primaire jusqu'à la Faculté de Médecine et Odontostomatologie :** Pour l'Education, l'enseignement et le savoir que vous m'avez donné.

Au Médecin chef du CSRéf de SAN.

Au personnel du CSRéf de SAN, à savoir :

Le Médecin du Service de chirurgie-urologie : Dr George Uro-Ogon;

Service d'Urgence : Dr. Amadou Boncane Dicko; Dr. Sidy Culibaby;

- Les autres médecins : Dr Kaloga ; Dr.Traore B ; Dr. Daffé ; Dr.Touré; Dr Sanogo ; Dr Keita ; Dr.Touré; Dr Sanogo

- Interne : Sékou Coulibaly

- Tout le personnel du bloc Opératoire

- Le Major Fatoumata Keita et les autres infirmières

A notre promotion ' ' 14ème promotion du numerus clausus' ' « Promotion Sambou SOUMARE »

A tout le corps professoral de la FMOS.

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

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

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

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

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES  
DU JURY**

**A notre cher maître et président du jury**

**Professeur SOUMAILA KEITA**

- Professeur titulaire en chirurgie générale à la FMOS
- Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Générale
- Directeur Général au CHU du Point G
- Chef du service de santé de la gendarmerie nationale
- Chirurgien et Praticien Hospitalier au CHU du Point G
- Membre de la Société Malienne de Chirurgie - Médecin colonel
- Médecin légiste auprès des tribunaux

**Cher maître,**

C'est un privilège pour nous d'être votre élève. Votre dévouement, votre dynamisme, votre esprit scientifique de référence et votre sens élevé du dialogue sont les privilèges dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail. Puissiez-vous rester cette source immense de connaissances et de valeurs à laquelle nous nous abreuons avec délectation.

Que Dieu vous comble avec votre famille de multiples grâces.

**A notre maître et juge**

**Dr BAKARY MAMBY DEMBELE**

- Spécialiste en chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CSRéf de SAN
- Chef de service de chirurgie générale au CSRéf de SAN

**Cher Maître,**

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre disponibilité à nos innombrables sollicitations, votre collaboration et la qualité des conseils donnés ont été d'un intérêt particulier.

Recevez notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

**A notre maitre et juge**

**Dr JACQUES SAYE**

- Spécialiste en chirurgie thoracique et cardiovasculaire
- Chargé de recherche
- Détenteur d'un Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en chirurgie cardio-vasculaire
- Praticien hospitalier au CHU point G

**Cher Maitre,**

Vous êtes un exemple de partisan du grand effort et du travail bien fait. Votre simplicité et votre modestie ont contribué à l'élaboration de ce travail. Votre générosité à transmettre vos connaissances, témoigne de votre engagement à faire de nous des pôles d'excellence en Afrique et dans le monde.

Cher Maitre trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance. Que Dieu vous assiste.

**A notre maître et codirecteur de thèse**

**Professeur BREHIMA BENGALY**

- Maître de Conférences agrégé de Chirurgie Générale ;
- Praticien hospitalier au CHU du Point-G ;
- Trésorier général de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;
- Master en sciences de la santé
- Membre de la Société Malienne de Coloproctologie.

**Cher maître,**

Nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques tout au long de notre collaboration. Votre disponibilité constante, votre simplicité, votre altruisme, et votre amour pour le travail bien font de vous un maître admiré et respectable. Cher maître, bien que les mots soient forts peu, permettez-nous ici de vous remercier pour vos différents efforts, soyez rassuré de notre profonde reconnaissance et estime.

➤ **A notre cher maître et directeur de thèse**

**Professeur DRISSA TRAORE**

- Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS.
- Chef du service de Chirurgie B au CHU Point G.
- Secrétaire général de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA).
- Master de pédagogie en sciences de la santé.
- DIU Européen de pratique chirurgicale en oncologie.
- DU d'anatomie chirurgicale et sectionnelle.
- DIU de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique.
- Membre de la Société Internationale Francophone d'Education Médicale (SIFEM).
- Membre de l'Association Française de Chirurgie (AFC).
- Membre de l'ACAF (Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone).
- Prix de meilleure communication Charles Marie Gros en France en 2019 lors du Congrès de la Société Française de Sénologie et de pathologie Mammaire.

**Cher Maître,**

Ce travail est sans doute le fruit de vos efforts. Votre rigueur scientifique, votre esprit d'ouverture et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Soyez rassurés que vos nombreux conseils et enseignements ne seront pas vains et nous sommes très fiers d'être comptés parmi vos élèves. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science, d'une extrême ténacité et d'un enseignant soucieux de la formation de ses élèves. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce modeste travail.

Veillez recevoir ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

**Sigles et abréviations :**

AG : anesthésie générale

AMG ; arrêt des matières et des gaz

ASP : abdomen sans préparation

Bko : Bamako

Cm : centimètre

Coll. : collaborateur

CSCOM : centre de santé communautaire

CSREF : centre de santé de référence

ECB : examen cytobactériologique

H : heure

HTA : hypertension artérielle

IK : indice de KARNOSKY

INF : inférieur à

IOT : intubation oro-trachéale

J : jours

Km : kilomètre

mm : millimètre

mn : minute

NFS : numération formule sanguine

PAD : pression artérielle diastolique

PAS : pression artérielle systolique

PEC : prise en charge

PLS : produit labile sanguin

SUP : supérieur à

TDM : tomodensitométrie

VAD : visite à domicile

< : Inférieur à

> : Supérieur à

°C : degré Celsius

Rx : radiographie

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Répartition des patients selon l’ethnie. ....	23
Tableau II : Répartition des patients selon la profession. ....	24
Tableau III : Répartition des patients selon le délai de consultation.....	25
Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents médicochirurgicaux. ....	26
Tableau V : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.....	26
Tableau VI : Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur. ....	27
Tableau VII : Répartition des patients selon les signes généraux. ....	29
Tableau VIII : Répartition des patients selon l’examen physique.....	30
Tableau IX : Répartition des patients selon le résultat de la Numération formule sanguine ...	32
Tableau X : Répartition des patients selon le groupage Rhésus. ....	33
Tableau XI : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire. ....	33
Tableau XII : Répartition des patients selon le score de Mannheim.....	33
Tableau XIII : Répartition des patients selon le type d’anesthésie. ....	34
Tableau XIV : Répartition des patients selon le type d’incision. ....	34
Tableau XV : Répartition des patients selon le siège de la perforation. ....	34
Tableau XVI : Répartition des patients selon l’aspect du liquide péritonéal. ....	35
Tableau XVII : Répartition des patients selon la position de l’appendice. ....	35
Tableau XVIII : Répartition des patients selon le geste effectué. ....	35
Tableau XIX : Répartition des patients selon la quantité du liquide.....	36
Tableau XX : Répartition des patients selon la durée d’intervention chirurgicale. ....	36
Tableau XXI : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates.....	36
Tableau XXII : Répartition des patients selon la durée d’hospitalisation.....	37
Tableau XXIII : Répartition des patients selon les suites opératoires à un (1) mois. ....	37
Tableau XXIV : Répartition selon la classification de CLAVIEN DINDON .....	37
Tableau XXV : Fréquence des péritonites appendiculaires selon les auteurs.....	39
Tableau XXVI : Sex-ratio selon les auteurs.....	40
Tableau XXVII : Age moyen selon les auteurs.....	40
Tableau XXVIII : Délai de consultation selon les auteurs.....	41
Tableau XXIX : principaux signes fonctionnels selon les auteurs.....	42
Tableau XXX : signes physiques selon les auteurs.....	43
Tableau XXXI : Comparaison des Imageries médicales demandées selon les auteurs .....	44
Tableau XXXII : Siège de l’appendice selon les auteurs.....	47

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Les deux étages de la cavité abdominale ..... 7

Figure 2 : les loges péritonéales 13 ..... 8

Figure 3 : jonction iléo-caecale [16]..... 12

Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe. .... 22

Figure 5 : Répartition des patients selon la tranche d'âge..... 23

Figure 6 : Répartition des patients selon la résidence. .... 24

Figure 7 : Répartition des patients selon le mode d'admission..... 25

Figure 8 : Répartition des patients selon l'aspect de la langue. .... 28

Figure 9 : Répartition des patients selon la fièvre..... 28

Figure 10 : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie..... 31

Figure 11 : Répartition des patients selon les résultats de l'ASP..... 32

## SOMMAIRE

I- INTRODUCTION .....	1
II- OBJECTIFS .....	4
III- GENERALITES .....	6
IV- METHODOLOGIE .....	18
V- RESULTATS .....	22
VI.COMMENTAIRE ET DISCUSSION .....	39
VII-CONCLUSION .....	50
VIII-RECOMMANDATIONS.....	51
IX-REFERENCES .....	52

# **INTRODUCTION**

## I- INTRODUCTION

La péritonite appendiculaire est une inflammation aiguë de la séreuse péritonéale, conséquence d'une perforation de l'appendice, ou d'une diffusion de l'appendicite [1].

La perforation est la rupture de la paroi de l'appendice mettant en communication son contenu septique avec la cavité péritonéale [1].

La péritonite appendiculaire peut apparaître d'emblée ou faire suite au stade d'abcès appendiculaire (une péritonite généralisée d'origine appendiculaire peut survenir en un, deux, trois temps : de l'appendicite aiguë, plastron appendiculaire, abcès appendiculaire et la perforation appendiculaire (péritonite) [1].

Le plateau clinique est toujours dominé par la contracture abdominale, la douleur abdominale intense, les nausées ou vomissements et la douleur dans le douglas.

Les péritonites sont des urgences médico-chirurgicales car le pronostic peut être grave (dépend de l'âge du patient, de son état général et des tares associées, de l'étiologie et du délai de la prise en charge chirurgicale) [2].

Le traitement de la péritonite appendiculaire comprend : la réanimation, la chirurgie et l'antibiothérapie [1].

De nombreuses études réalisées sur les péritonites par perforations digestives ont montré la prédominance des perforations appendiculaires [3,4,5].

En Europe : Kraemer. M en 2003 dans une étude prospective multicentrique dans 11 départements de chirurgie en Allemagne et en Autriche sur 519 cas d'appendicite a trouvé 17,7% de péritonite par perforations appendiculaires [6].

En Afrique, Soumaoro L.T, dans son étude en 2019 en Guinée, a trouvé 249 cas de péritonites appendiculaires, soit 23,4% des péritonites aiguës généralisées avec une mortalité de 3,6% [7].

Au Mali

TRAORE D, en 2006 dans une étude rétrospective sur les péritonites aiguës généralisées dans le service de chirurgie B du point G sur 300cas a trouvé 75 cas de péritonites appendiculaires constituant 25% des péritonites aiguës généralisées [8].

KONE A, en 2020 dans son étude sur la péritonite appendiculaire au centre de santé de référence de la commune II du district de BAMAKO, a trouvé 42 cas de péritonites appendiculaires, constituant 41,18% des péritonites aiguës généralisées [3].

DOUMBIA D, en 2020 à Bougouni a trouvé 30 cas de péritonites appendiculaires soit 44,1% des péritonites aiguës opérées [4].

DIARRA MO, en 2018 à Sikasso, a trouvé 52,54% de péritonites d'origines appendiculaires [5].

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

# OBJECTIFS

## **II- OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Etudier la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de SAN.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- 2.1 Déterminer la fréquence de la péritonite appendiculaire.
- 2.2 Décrire les aspects diagnostiques de la péritonite appendiculaire.
- 3.3 Analyser les résultats du traitement.

# GENERALITES

### III- GENERALITES

#### 1. Rappels anatomiques du péritoine

##### 1-1 Définition et description du péritoine : [9]

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

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

##### 1-2 Vascularisation du péritoine : [10 ; 11]

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

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

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

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

##### 1-3 Innervation du péritoine :[12]

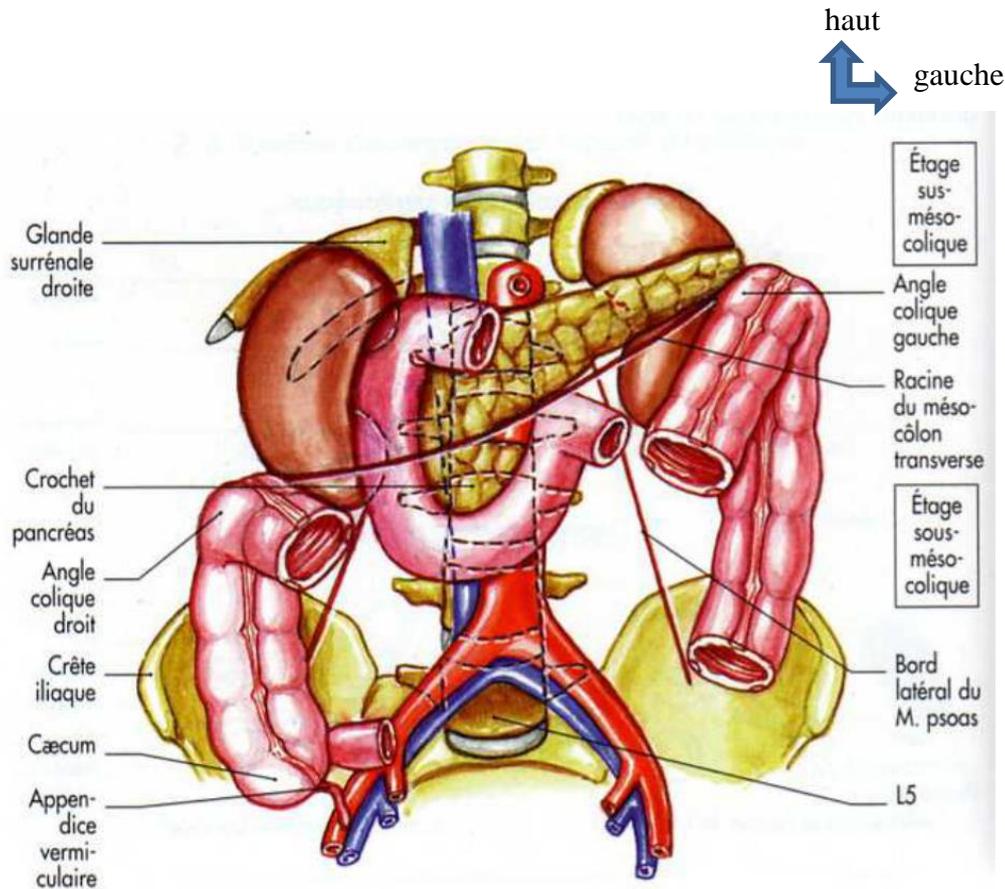
Elle est très inégalement répartie, et on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; ce sont principalement :

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

#### 1-4 Anatomie topographique de la cavité abdominale : [13]

La cavité abdominale s'étend de la face inférieure du diaphragme au petit bassin, elle empiète en haut la cage thoracique (région thoraco-abdominale), elle continue en bas et en arrière dans le grand bassin (région abdomino-pelvienne).

La racine du méso cœlon transverse tendue transversalement d'un hypocondre à l'autre, la divise en deux étages sus et sous- méso coliques. (Voir fig. I)



**Figure 1 : Les deux étages de la cavité abdominale**

Les différentes loges péritonéales sont :

□ **A l'étage sus-mésocolique :**

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

- l'espace sous-hépatique : décrit par les radiologues sous le nom de loge de Morrison ;

□ A l'étage sous-mésocolique :

- les **gouttières pariéto-coliques** droite et gauche comprises entre le colon ascendant à droite, descendant à gauche et la paroi latérale de l'abdomen ;

- la **loge supra-mésentérique**, entre le mésentère et le méso-colon ascendant ;

- la **loge infra-mésentérique** entre le mésentère et le méso-colon descendant ;

- le **cul-de-sac recto-génital** (Douglas).

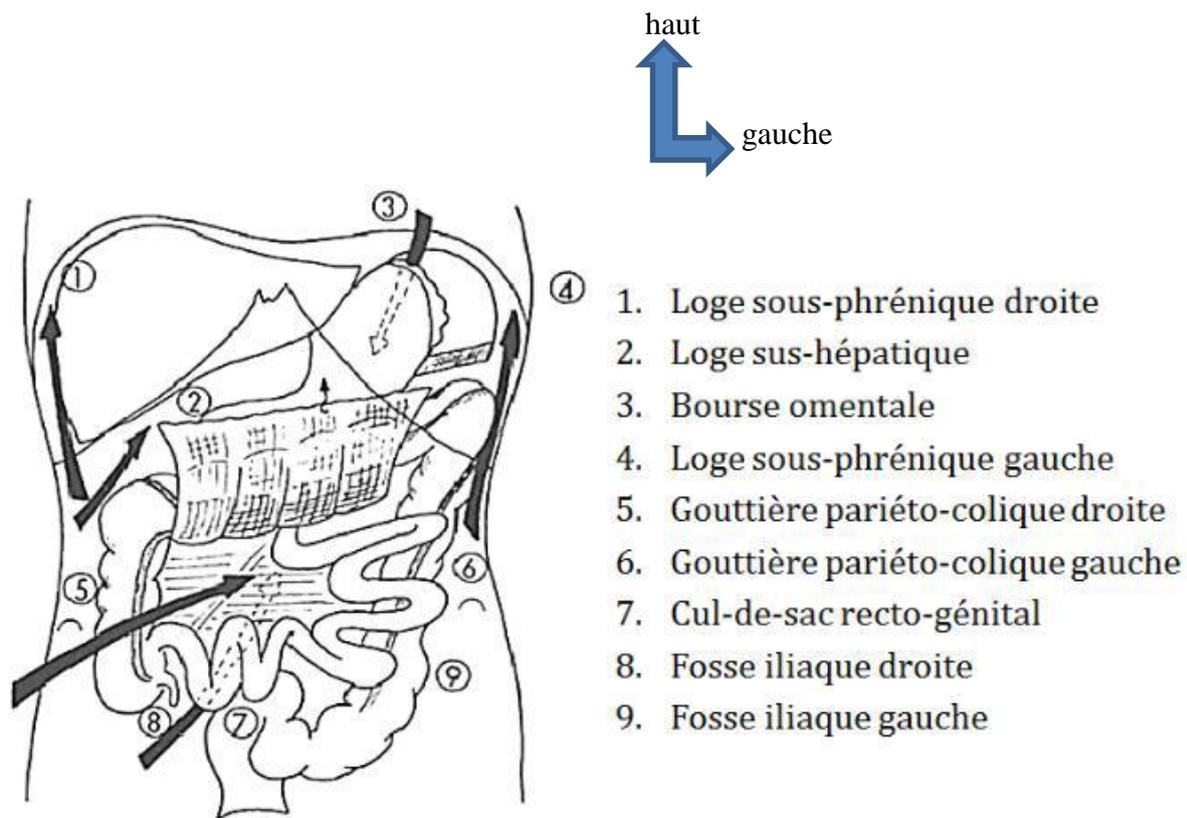


Figure 2 : les loges péritonéales 13

### 1-5 Rapports du péritoine avec les organes [12]

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

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

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

□ **Les viscères intra péritonéaux engainés par le péritoine viscéral**, tels l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon, les anses intestinales grêles, l'appendice.

### **1-6 Physiologie du péritoine**

La surface occupée par le péritoine, de l'ordre de celle de la peau environ 2m<sup>2</sup> chez l'adulte. La séreuse péritonéale se comporte comme une membrane semi perméable animée de deux mouvements liquidiens osmotique dits <passifs> :

**-La sécrétion :** L'espace virtuel limité par les deux feuillets péritonéaux contient une sérosité liquidienne (50 à 100 cm<sup>3</sup>) continuellement renouvelée. La composition chimique de cette sérosité est proche du sérum sanguin. Elle contient des protéines (50 à 70 g/l), quelques cellules de type leucocytaire ou histiocytaire (300 par ml) représentées par les lymphocytes (50%), des macrophages (40%), quelques éosinophiles, de rares cellules mésothéliales. Cette sérosité, régulièrement répartie, joue pour les deux feuillets péritonéaux le rôle d'une bourse séreuse de glissement [12]

**-L'absorption :** L'absorption serait maximum au-dessus du foie et nulle au niveau du Douglas [11].

Ce mouvement liquidien, du péritoine vers les capillaires, explique la possibilité de passage des germes dans la circulation sanguine. A ce premier mécanisme d'échange liquidien s'ajoute un drainage lymphatique dit <actif> rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale

## **2. Rappel anatomiques de l'appendice : [14 ; 15]**

### **2-1 Embryologie : [14 ; 15]**

Le cæcum se développe au dépend de la branche inférieure de l'anse ombilicale sous forme d'un bourgeon ; sa situation définitive est le résultat de la rotation de l'anse ombilicale ainsi que de l'accroissement du bourgeon cæcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite. Diverticule du cæcum naissant de sa paroi interne à 2 ou 3 centimètres en dessous de la jonction iléo-cæcale, limite supérieure du cæcum, l'appendice s'implante au point de départ des bandelettes musculaires longitudinales du colon.

Ces trois bandelettes, antérieure, postéro-externe, postéro-interne, déterminent des bosselures dont la plus volumineuse antero-externe, constitue le fond cæcal. 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 : [14 ;15]**

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

### **2-3 Anatomie microscopique [14]**

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

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

Cette structure varie suivant l'âge :

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

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

### **2-4 Anatomie topographique [15]**

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

de la jonction iléocæcale, méso-caelique (sus ou sous-iliale), pelvienne. La position latéro-caecale est la plus fréquente (65% des cas).

### **2-5 Anatomie fonctionnelle [15]**

La muqueuse appendiculaire est tapissée de revêtement glandulaire constitué essentiellement d'entérocytes.

Le sous-muqueux contient des formations lymphoïdes qui jouent un grand rôle dans les mécanismes de défense.

Le chorion muqueux contient un grand nombre de cellules immunocompétentes renfermant d'immunoglobulines intervenant dans la phagocytose des germes qui franchissent la lumière appendiculaire.

La couche musculaire grâce à son péristaltisme évacue le contenu appendiculaire vers la lumière colique.

### **2-6 Vascularisation de l'appendice [14]**

La vascularisation artérielle est assurée par l'artère appendiculaire qui naît de l'artère ilio-cæco-colique, croise verticalement la face postérieure de l'iléon terminal et chemine ensuite sur le bord libre du méso-appendiculaire en se rapprochant peu à peu de l'appendice qu'elle atteint au niveau de son extrémité distale.

Cette artère appendiculaire donne :

- Un petit rameau récurrent qui rejoint la base d'implantation de l'appendice
- Une artère récurrente iléale ;
- Plusieurs rameaux appendiculaires.

Toutes ces artères sont de type terminal.

La veine iléo-cæco-colique appendiculaire se réunit à la veine iléale pour constituer un des troncs d'origine de la veine mésentérique supérieure. Les lymphatiques appendiculaires suivent les branches de l'artère appendiculaire pour se réunir en quatre ou cinq troncs collecteurs qui gagnent ensuite les ganglions de la chaîne iléo-colique.

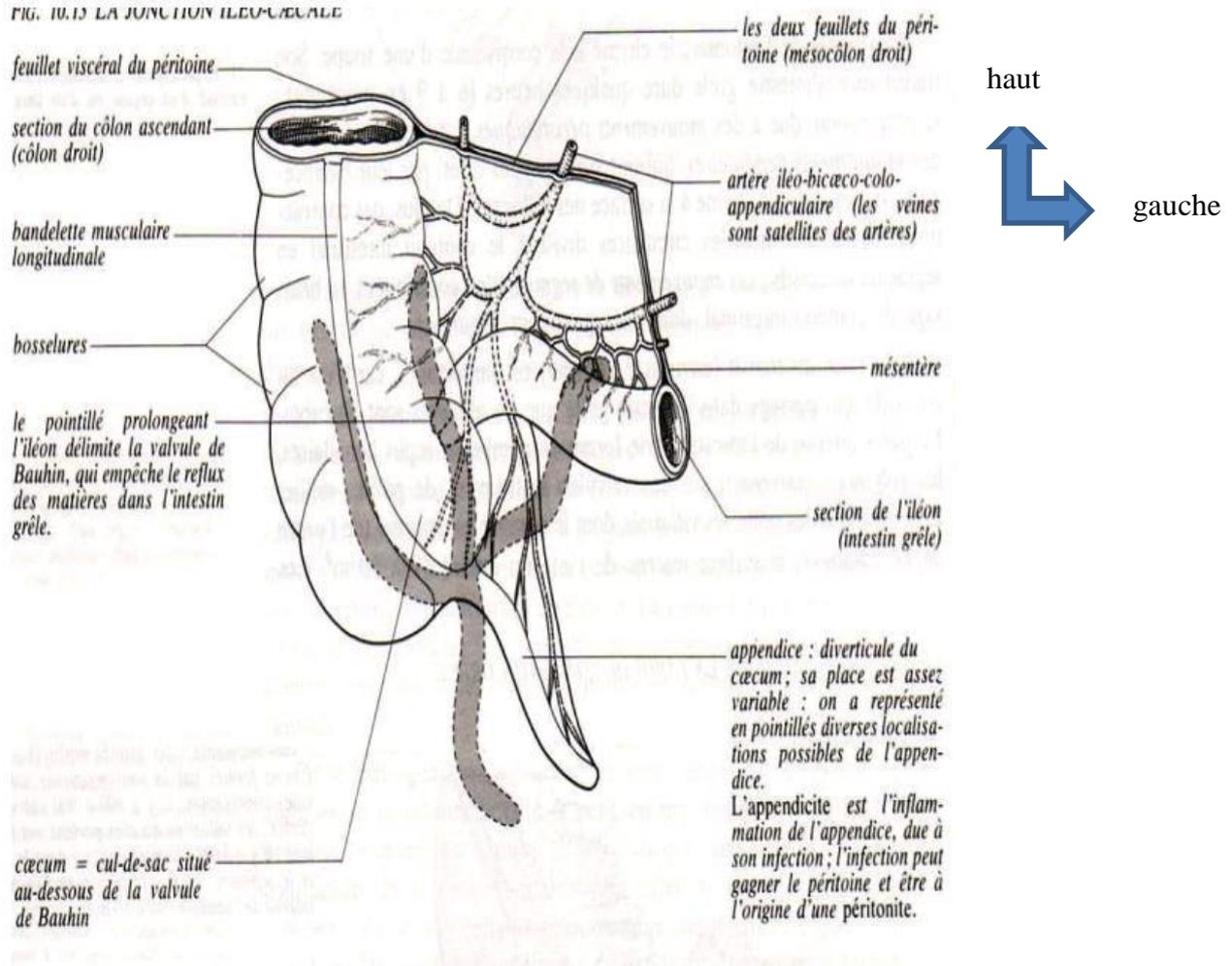


Figure 3 : jonction iléo-caecale [16]

### 2-7 Innervation de l'appendice

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

### 3. Les conséquences Physiopathologiques des péritonites appendiculaires : [17]

#### Les conséquences locales

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

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

L'iléus paralytique est une conséquence locale précoce de la contamination septique du péritoine. En ventousant le foyer appendiculaire il participe au cloisonnement de l'infection par les adhérences fibrineuses qui unissent l'intestin, l'épiploon et le foyer appendiculaire ainsi est créé un rempart provisoire contre la généralisation de l'infection à toute la cavité péritonéale.

Une éventuelle organisation fibrineuse de ces adhérences peut conduire à une péritonite plastique localisée soudant le carrefour iléo-cæco-appendiculaire.

Elle est entourée de l'intestin, de l'épiploon et la paroi abdominale constituant un blindage douloureux : le plastron appendiculaire.

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

Une péritonite généralisée d'origine appendiculaire peut survenir en un, deux, trois temps : de l'appendicite aiguë, plastron appendiculaire, abcès appendiculaire et la perforation appendiculaire (péritonite).

### **Les conséquences générales**

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

□ **La défaillance cardiocirculatoire** : est due à la fois au choc septique provoqué par la dissémination toxi-infectieuse et à l'hypovolémie secondaire au troisième secteur séquestré dans l'abdomen.

Le résultat global est un défaut d'oxygénation, tissulaire.

Il s'ensuit une glycolyse anaérobie qui conduit à l'acidose métabolique avec accumulation notamment de l'acide lactique

□ **Le retentissement respiratoire** :

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

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

□ **Le retentissement rénal**, répond lui aussi à 2 mécanismes : défaut de perfusion secondaire à l'hypovolémie ; action directe des substances toxiques libérées dans la circulation sanguine.

#### 4. Rappel clinique

**4-1 Type de description :** Péritonite appendiculaire généralisée chez un adulte jeune

**4-2 Signes fonctionnels :** Le diagnostic est clinique associant

**Une douleur**

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

**Des vomissements**

Alimentaires, puis bilieux, répétés et fréquents.

**Des troubles du transit :**

-constipation

-parfois diarrhée

#### 4-3 Signes généraux

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

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

La langue saburrale.

La TA est habituellement normale à ce stade.

#### 4-4 Les signes physiques

L'examen de l'abdomen permet d'affirmer le diagnostic de péritonite :

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

#### 4-5 Les examens para cliniques :

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

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

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

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

- Un épanchement péritonéal (grisaille diffuse)
- Des signes occlusifs (distension gazeuse du grêle et du côlon avec des niveaux hydro-aériques)

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

#### 4-6 Diagnostic différentiel d'une péritonite appendiculaire

##### -Les affections non péritonéales :

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

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

- **Les pyélonéphrites** avec douleur abdominale, fièvre et signe d'iléus peuvent poser de difficiles problèmes cliniques, car elles s'accompagnent de défense abdominale dans 20% des cas. Ce sont toutefois des formes sévères avec des germes à l'examen cytobactériologique direct des urines.

- **La pancréatite aiguë** La symptomatologie est maximale en cas de forme nécrosante. Elle associe : La douleur, des vomissements, des signes de choc, fièvre à 38°C, parfois des sub-ictères. Il existe de ballonnement péri-ombilical avec de défense, la biologie montre l'élévation de l'amylasémie et de la lipasémie le diagnostic est confirmé par le scanner pour éviter une intervention chirurgicale inutile à ce stade.

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

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

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

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

#### 4-7 Traitement

##### 4-7-1 But :

-Eradiquer le foyer infectieux

-Lutter contre l'infection et assurer l'équilibre hydro électrolytique

#### **4-7-2 Moyens :** sont médicaux et chirurgicaux

##### **Le moyen médical :**

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

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

□ **L'antibiothérapie** doit être :

-précoce

-active sur les germes aérobies et anaérobies et les grams négatifs

-adaptée aux germes retrouvés dans les différents prélèvements (pus, liquide péritonéal, hémoculture).

##### **La chirurgie :**

Le traitement chirurgical a pour but l'ablation de l'appendice et l'évacuation du pus ainsi que la toilette péritonéale complète. Classiquement, une péritonite localisée peut être abordée par une voie élective, habituellement dans la fosse iliaque droite, et les péritonites généralisées par une grande voie médiane afin d'assurer une toilette de l'ensemble de la cavité péritonéale avec 10 à 12 litres de sérum salé. Le drainage reste discuté. Actuellement, les progrès accomplis par la coelio-chirurgie permettent d'effectuer le lavage péritonéal des péritonites appendiculaires diffuses sans qu'il soit besoin d'ouvrir largement l'abdomen. De cette façon il est possible, par plusieurs trocars, d'effectuer un lavage très complet de la cavité péritonéale et de terminer l'intervention par une appendicectomie sous cœlioscopie. Ainsi, et paradoxalement, ce sont les appendicites les plus graves qui bénéficient le plus du recours à la coelio-chirurgie.

#### **4-9 Résultat**

La gravité est fonction de l'âge du malade, du retard diagnostique. La péritonite appendiculaire est une péritonite de bon pronostic avec un taux de mortalité <10%. [17]

# METHODOLOGIE

## **IV- METHODOLOGIE**

### **1. Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective et transversale de 03ans, allant du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2022.

### **2. Cadre d'étude :**

Notre étude était réalisée dans le service de chirurgie générale du C.S Réf de SAN.

### **3. Présentation du CSRéf de SAN**

Le Centre de Santé de Référence de San est régi par l'Arrêté interministériel N°94-5092/MSSPA-MATS fixant la gestion des Services Socio-Sanitaires des cercles et des Communes du 21 avril 1994.

Il est composé de :

- Une administration ;
- Un service d'hygiène et assainissement ;
- Un service d'ophtalmologie ;
- Un service d'odonto-stomatologie ;
- Un service de médecine générale ;
- Un service de chirurgie générale ;
- Un service d'Urologie
- Un service de kinésithérapie ;
- Un service de pédiatrie ;
- Un service de laboratoire ;
- Un service d'imagerie (échographie et radiologie)
- Un service de dépôt des médicaments répartiteur du Cercle ;
- Un service de maternité ;
- Un service des Urgences.

#### **a. Présentation du service de la chirurgie de SAN :**

La chirurgie comporte :

- Une salle de consultation pour le chirurgien ;
- Une salle de pansement ;
- Quatre salles d'hospitalisation ;
- Une salle de garde ;
- Une salle d'ano-rectoscopie ;
- Un bureau pour le major ;
- Deux toilettes ;

Le personnel est composé de :

- 1 chirurgien ;
- 3 Infirmières ;
- 2 Internes ;
- 2 Manœuvres.

Le fonctionnement :

- Les consultations sont journalières de même que les interventions chirurgicales.
- La visite est bi journalières

#### **4. Population d'étude :**

L'étude a porté sur les patients admis et opérés dans le service pour péritonite appendiculaire quel que soit l'âge et le sexe.

#### **5. Critères d'inclusion :**

Tous les patients opérés dans le service pour péritonite dont l'origine était appendiculaire en peropératoire.

#### **6. Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Tous les patients opérés pour péritonites non appendiculaires ;
- Les péritonites appendiculaires opérés en dehors du service ;

#### **7. Critères opérationnels :**

Tous les malades avaient bénéficié d'un examen clinique comportant :

- un interrogatoire complet
- un examen physique complet

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

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

Au terme de ces protocoles les malades étaient opérés et hospitalisés.

Les suivis en postopératoire ont été effectués pendant 1 mois, à la recherche de complications post opératoires.

#### **8- Collecte et supports des données**

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête préétablie à cet effet.

Les supports suivants ont été utilisés : dossiers médicaux des patients ; registres de compte rendu opératoire ; registre d'hospitalisation.

### **9-Saisies, analyse et traitement des données**

Les données collectées ont été saisies sur le logiciel Microsoft Excel 2013 et analysées sur logiciel SPSS version 22.0. La rédaction du document a été faite à l'aide du logiciel Word 2013.

# RESULTATS

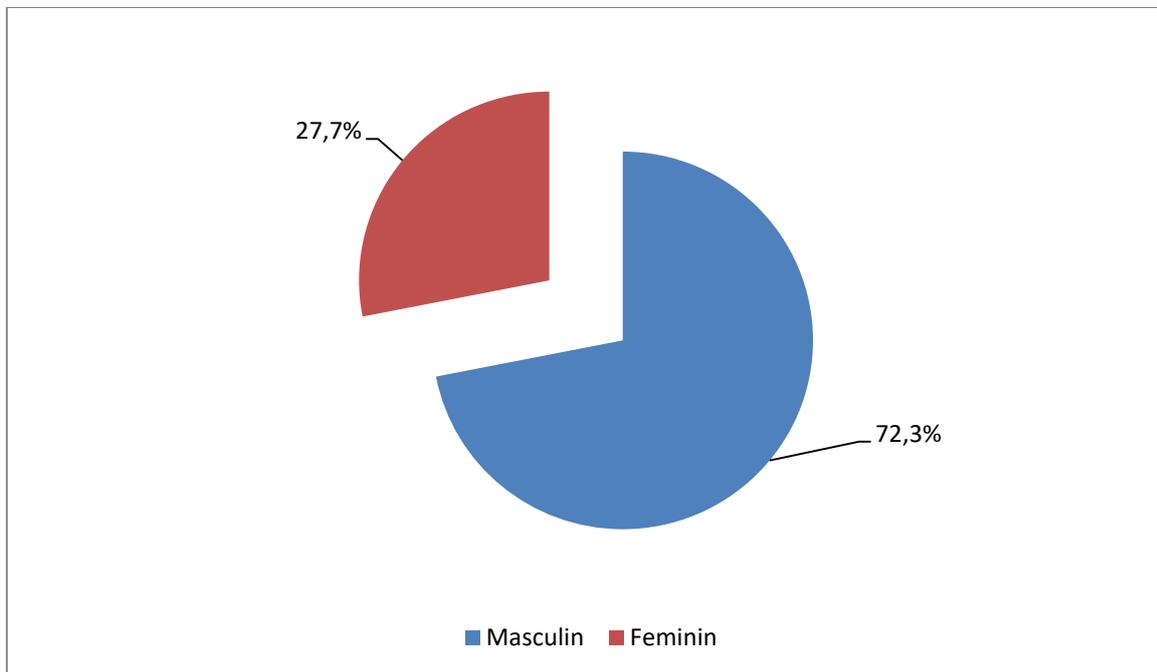
## V- RESULTATS

### 1. Fréquence :

Durant la période d'étude, nous avons réalisé :

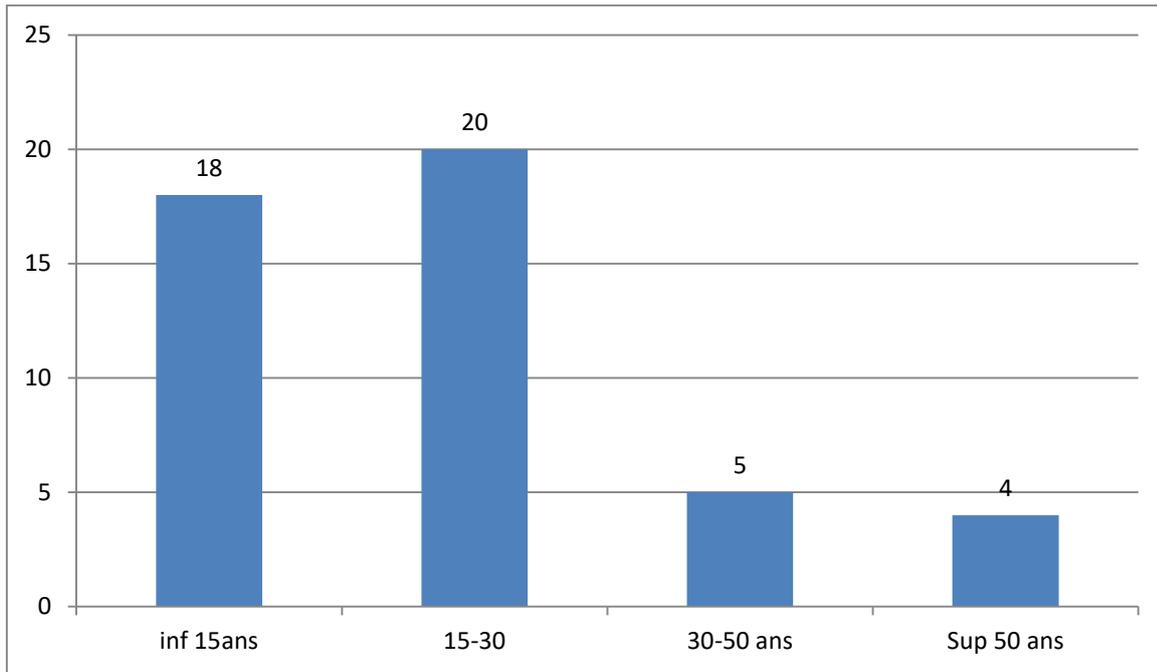
- 1639 interventions chirurgicales ;
- 617 urgences chirurgicales ;
- 114 cas de péritonites aiguës dont
- 47 cas de péritonites appendiculaires soit une fréquence de 2,86% des interventions chirurgicales ; 7,61% des urgences chirurgicales et 41,22% des péritonites aiguës opérées.

### 2. Données sociodémographiques :



**Figure 4 :** Répartition des patients selon le sexe.

Le sexe masculin représentait 72,3% des cas, soit un ratio de 2,61.



**Figure 5 :** Répartition des patients selon la tranche d'âge.

La majorité des patients avaient un âge compris entre 15 et 30 ans, soit 42,6 %.

La moyenne était 21,17 ans.

L'écart type 8,55.

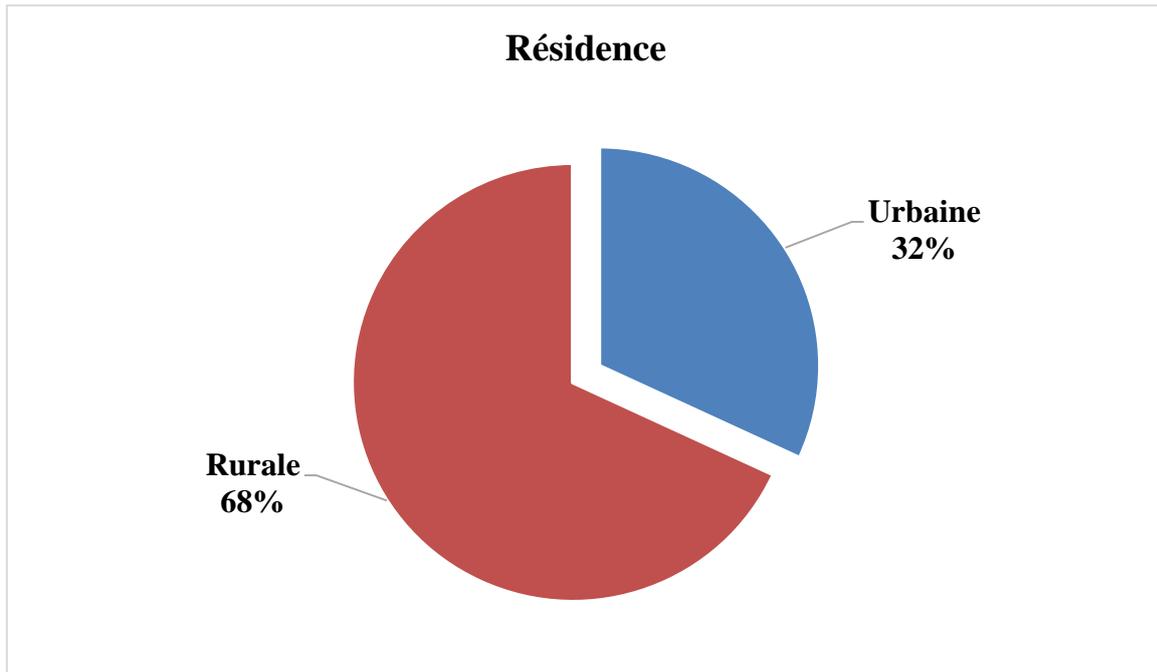
Médiane 19,12.

Les extrêmes étaient de 10 ans et 60 ans.

**Tableau I :** Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Minianka	13	27,7
Bobo	8	17
Peuhl	7	14,9
Bambara	6	12,8
Malinké	3	6,4
Autres	10	21,3
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

L'Ethnie Minianka était majoritaire soit 27,7%.



**Figure 6 :** Répartition des patients selon la résidence.

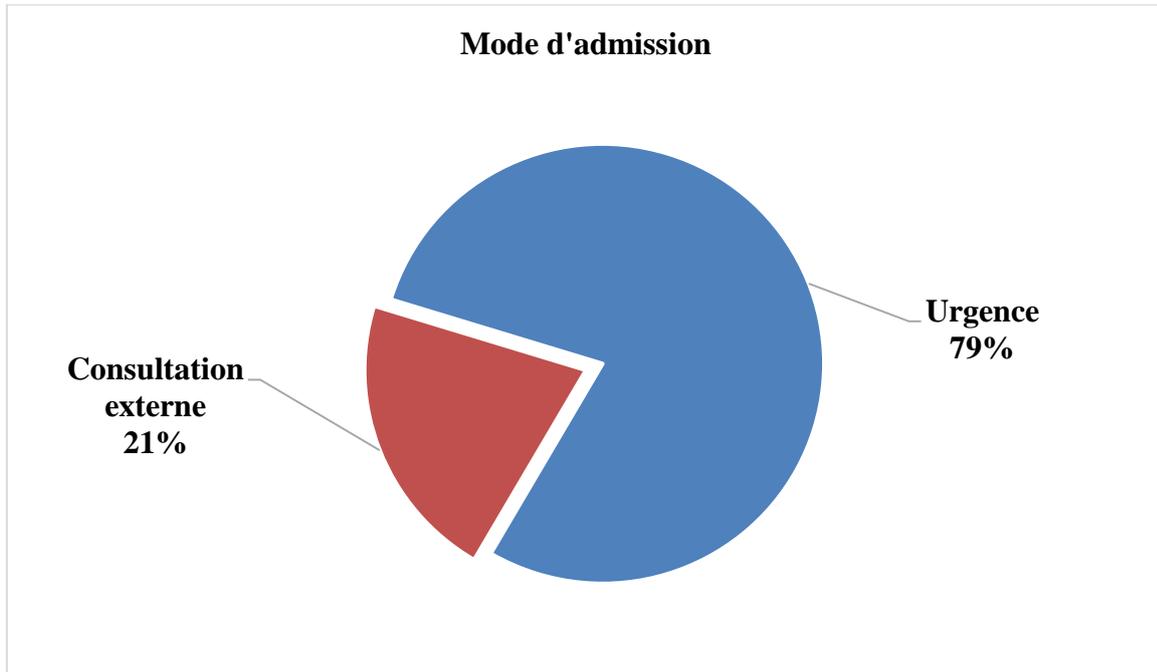
Environ 2/3 de nos patients provenaient de la zone rurale, soit 68% des cas.

**Tableau II :** Répartition des patients selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Elève /étudiant	24	51,1
Cultivateur	12	25,5
Ménagère	8	17
Autre	3	6,4
Total	47	100

Les élèves/Étudiants ont été majoritaire soit, 51,1% des cas.

### 3. Données cliniques



**Figure 7 :** Répartition des patients selon le mode d’admission.

Les patients admis en urgences étaient majoritaires avec 79%.

La douleur abdominale était le principal motif de consultation, elle a été notée chez tous nos patients.

**Tableau III :** Répartition des patients selon le délai de consultation.

Délai de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Moyenne</b>		5 jours
<b>Ecart type</b>		2,21
<b>Inf. 3jours</b>	8	17
<b>3 -7 jours</b>	26	55,3
<b>Sup 7 jours</b>	13	27,7
<b>Total</b>	47	100

Le délai moyen de consultation était 5 jours.

Les extrêmes étaient de 01 jour et 10 jours.

**Tableau IV** : Répartition des patients selon les antécédents médicochirurgicaux.

<b>ATCD médicochirurgicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>*Médical</b>	1	2,1
<b>*Chirurgical</b>	3	6,4
<b>Total</b>	4	8,5

Dans notre étude 8,5% de nos patients avaient des antécédents médico-chirurgicaux.

\*ATCD médical : HTA.

\*ATCD chirurgicaux : deux inguinotomies droite et une césarienne.

**Tableau V** : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.

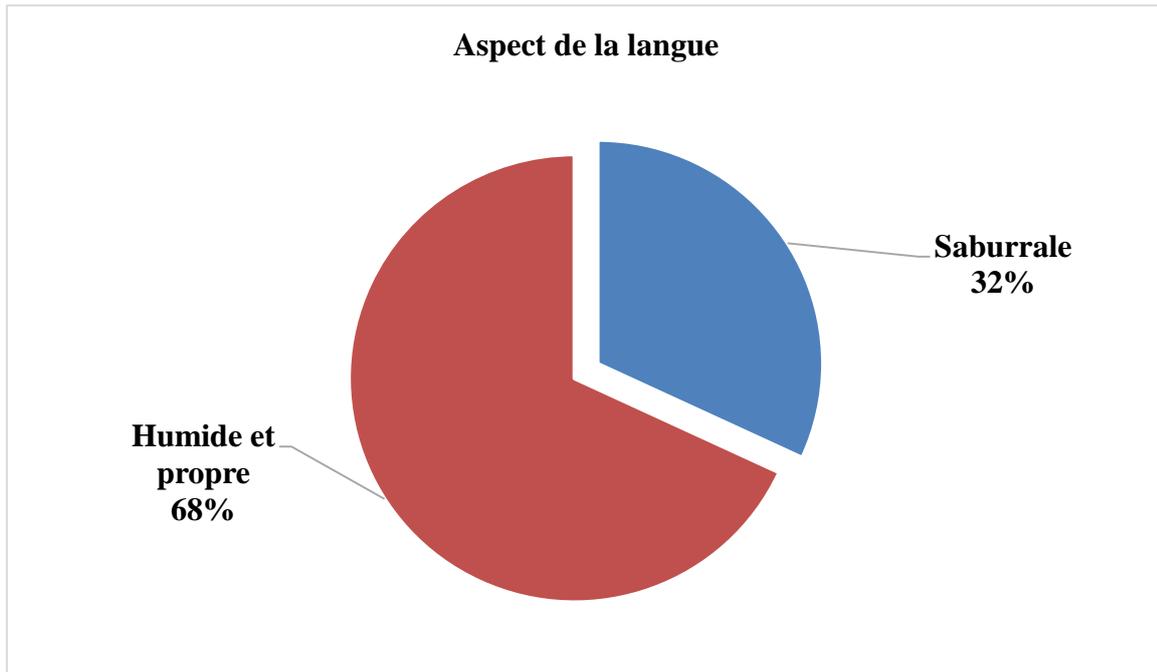
<b>Signes fonctionnels</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Douleur abdominale</b>	47	100
<b>Vomissements</b>	32	68,1
<b>AMG</b>	11	23,4

Tous nos patients présentaient une douleur abdominale.

**Tableau VI :** Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur.

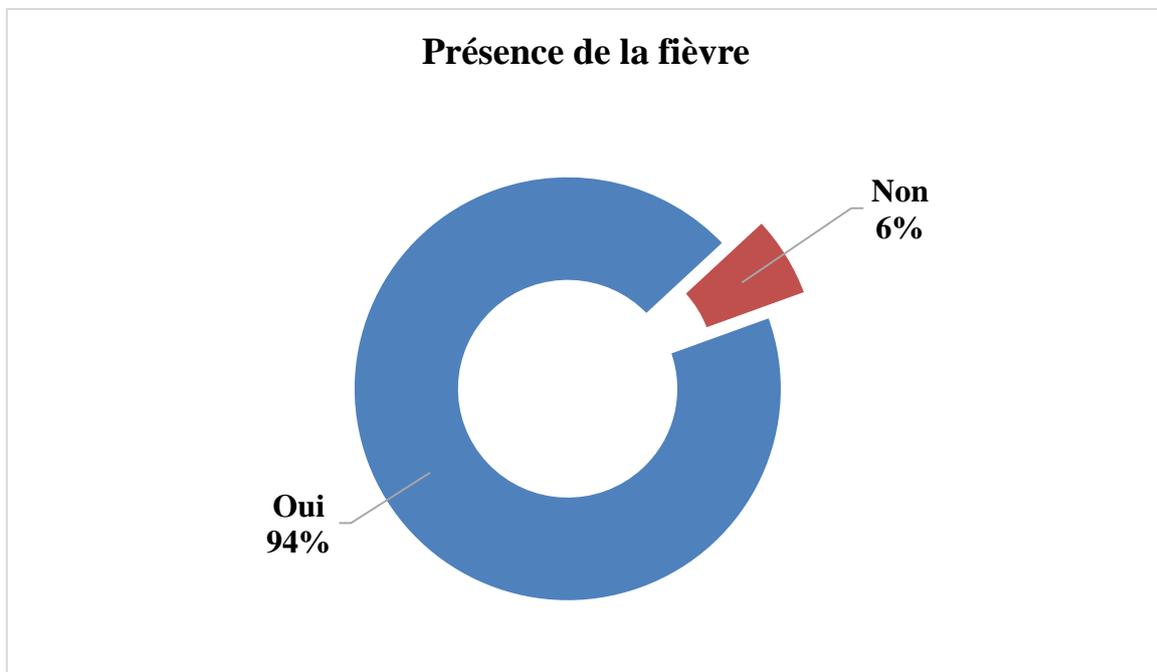
<b>Caractéristiques de la douleur</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>	
<b>Siège initial</b>	FID	40	85,1
	Péri ombilicale	7	14,9
<b>Mode de début</b>	Progressif	30	63,8
	Brutal	17	36,2
<b>Type</b>	Brulure	12	25,5
	Piqûre	35	74,50
<b>Irradiation</b>	Diffuse	41	87,20
	Non	6	12,80
<b>Intensité</b>	Légère	3	6,40
	Modérée	38	80,90
	Sévère	6	12,80
<b>Evolution</b>	Permanente	46	97,9
	Intermittent	1	2,1
<b>Facteur aggravant</b>	Effort	29	61,70
	Repas	2	4,30
	Aucun	16	34
<b>Facteur calmant</b>	Prise antalgique	11	23,40
	Position antalgique	3	6,40
	Aucun	33	70,20

La douleur dans la fosse iliaque droite puis diffuse dans tout abdomen, d'apparition progressive à type de piqûre, modérée, permanente, aggravée par l'effort sans facteur calmant étaient les caractéristiques les plus fréquents.



**Figure 8 :** Répartition des patients selon l'aspect de la langue.

L'aspect de la langue était normal chez 68% des patients.



**Figure 9 :** Répartition des patients selon la fièvre.

La majorité de nos patients (94%) présentaient une fièvre.

**Tableau VII** : Répartition des patients selon les signes généraux.

<b>Signes généraux</b>		<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Fréquence respiratoire</b>	Polypnée	10	21,30
	Normale	37	78,70
<b>Fréquence cardiaque</b>	Tachycardie	10	21,30
	Normale	37	78,70
<b>Conscience</b>	Normale	46	97,90
	Agitée	1	2,10
<b>Pression artérielle</b>	Diminuée	11	23,40
	Normale	36	76,60
<b>Plis de déshydratation</b>	Oui	6	12,8
	Non	41	87,2
<b>Score OMS</b>	1	7	14,90
	2	31	65,80
	3	9	19,30

Selon la classification de l'IPS OMS, 65,80% de nos patients avaient un score OMS 2.

**Tableau VIII : Répartition des patients selon l'examen physique**

	<b>Signes physiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>INSPECTION</b>	Cicatrice abdominale	3	6,40
	Distension abdominale	33	70,20
	Abolition de la respiration abdominale	42	89,40
<b>PALPATION</b>	Contracture abdominale	43	91,50
	Cris de l'ombilic	45	95,70
<b>PERCUSSION</b>	Matité des flancs	40	85,10
	Tympanisme	9	19,10
	Matité pré hépatique	47	100
<b>AUSCULTATION</b>	Diminution des BHA	31	66,00
<b>TR</b>	Douglas douloureux	30	63,8
	Douglas douloureux et bombé	17	36,2

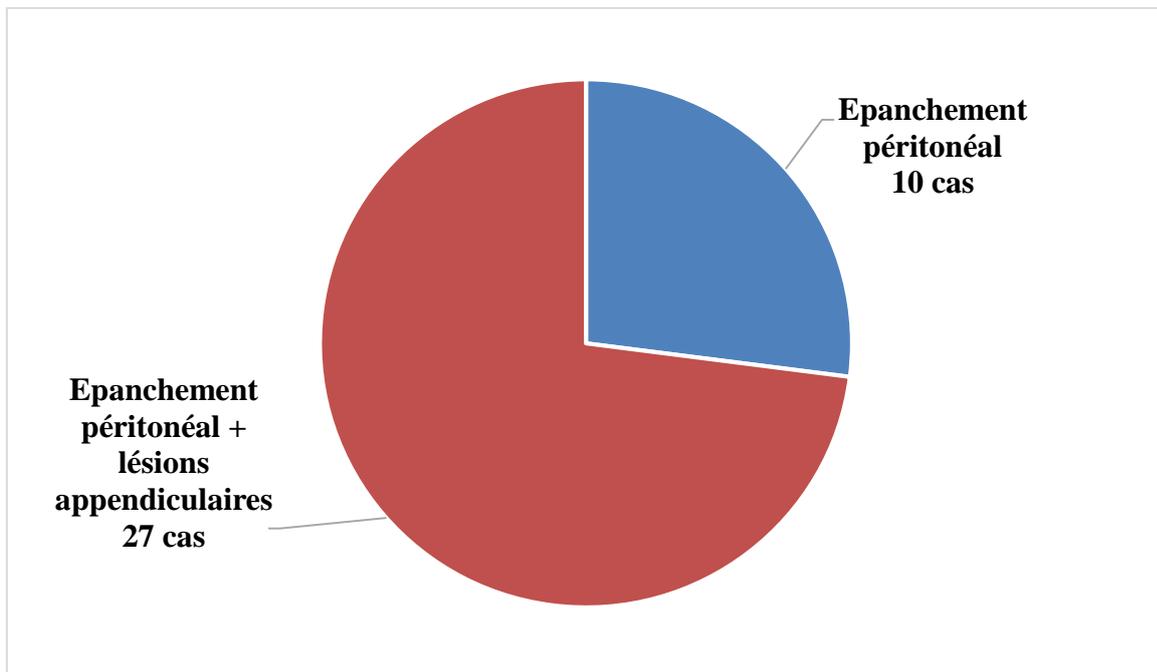
Une abolition de la respiration abdominale avec une contracture abdominale associée à une douleur au TR a été noté chez la majorité de nos patients.

#### 4. Données paracliniques

**Tableau VIII** Répartition des patients selon les examens de l'imagerie.

Examen complémentaire	Effectif	Pourcentage
Echographie Abdominale	37	78,73
Rx ASP	10	21,27
Total	47	100

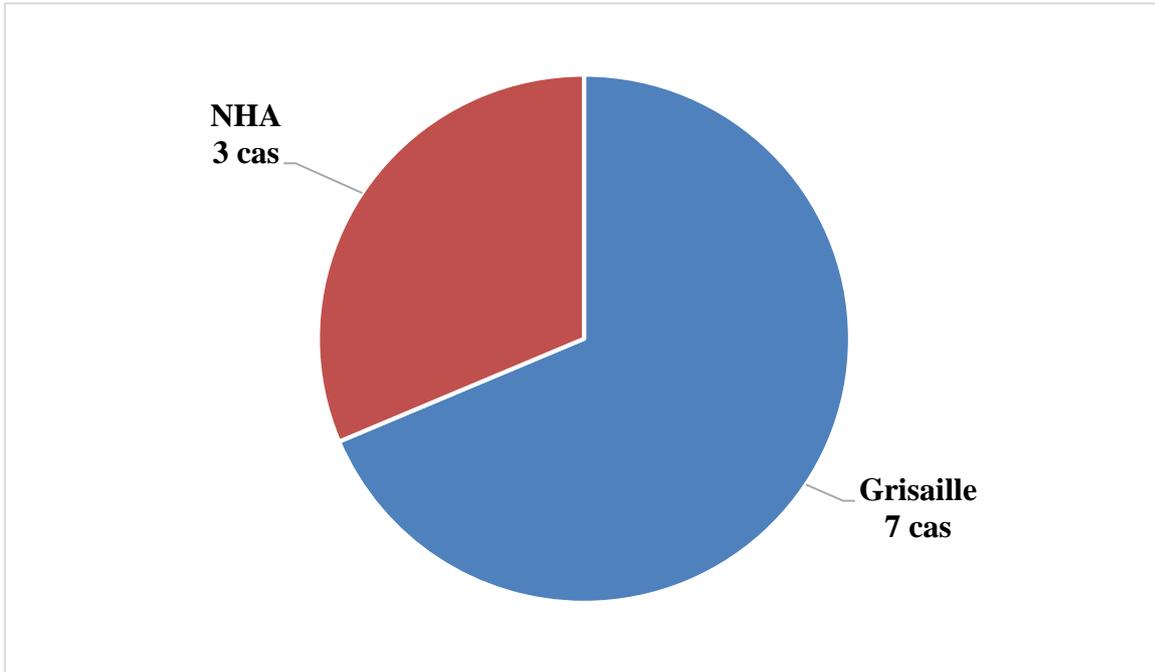
L'échographie abdominale avait été réalisée 37 patients soit 78,73%.



**Figure 10** : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie.

L'échographie avait objectivé un épanchement péritonéal avec lésions appendiculaire chez 27 patients soit 72,97%.

NB : l'échographie n'a pas été réalisée chez 10 patients.



**Figure 11** : Répartition des patients selon les résultats de l'ASP.

L'ASP a permis d'objectiver une image de grisaille floue dans 7 cas, soit 70%.

NB : l'ASP n'a pas été réalisé chez 37 patients.

**Tableau IX** : Répartition des patients selon le résultat de la Numération formule sanguine

NFS	Effectif	Pourcentage (%)
Hyperleucocytose	30	63,8
Hyperleucocytose + anémie	5	10,6
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>74,4</b>

Une hyperleucocytose était observée chez 35 patients. Elle était associée à l'anémie dans 5 cas, soit 10,6%.

**Tableau X** : Répartition des patients selon le groupage Rhésus.

<b>Gr/Rh</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>A+</b>	5	10,60
<b>B+</b>	20	42,55
<b>AB+</b>	8	17,00
<b>O+</b>	6	12,76
<b>O-</b>	2	4,30
<b>AB-</b>	1	2,10
<b>A-</b>	3	6,40
<b>B-</b>	2	4,30
<b>Total</b>	47	100,00

La majorité de nos patients étaient de groupe sanguin B+ avec 55,3%.

### 5. Diagnostic

**Tableau XI** : Répartition des patients selon le diagnostic pré opératoire.

<b>Diagnostic pré opératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Péritonite aiguë</b>	6	12,8
<b>Péritonite appendiculaire</b>	38	80,8
<b>Abcès appendiculaire</b>	3	6,4
<b>Total</b>	47	100

La péritonite appendiculaire a été le diagnostic préopératoire le plus retenu, soit 80,8% des patients.

**Tableau XII** : Répartition des patients selon le score de Mannheim.

<b>Score de Mannheim</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sup 26</b>	3	6,4
<b>Inf. 26</b>	44	93,6
<b>Total</b>	47	100

Le score de Mannheim était < 26 chez 93,6% des patients.

## 6. Données peropératoires et thérapeutiques

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

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage (%)
AG sans IOT	45	95,70
AG + IOT	2	4,30
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>

La majorité de nos patients ont bénéficié d'une AG sans IOT.

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

Type d'incision	Effectif	Pourcentage (%)
Laparotomie médiane sus et sous ombilicale	31	66,00
IMSO	13	27,70
Mac Burney élargie	3	6,40
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100 ,00</b>

La laparotomie médiane sus et sous ombilicale a été réalisée chez 66% de nos patients.

**Tableau XV** : Répartition des patients selon le siège de la perforation.

Siège de la perforation	Effectif	Pourcentage (%)
Sommet	33	70,20
Base	14	29,10
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>

En peropératoire l'appendice était perforé à son sommet dans 70,2% des cas.

**Tableau XVI :** Répartition des patients selon l'aspect du liquide péritonéal.

Aspect du liquide	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Purulent</b>	44	93,60
<b>Séro-purulent</b>	3	6,40
<b>Total</b>	47	100,00

L'aspect du liquide était purulent chez la majorité de nos patients soit 93,6%.

**Tableau XVII :** Répartition des patients selon la position de l'appendice.

Siège de l'appendice	Effectif	Pourcentage
<b>Latérocaecale</b>	37	78,70
<b>Rétro caecale</b>	10	21,30
<b>Total</b>	47	100,00

La position latérocaecale était prédominante soit 78,7%.

**Tableau XVIII :** Répartition des patients selon le geste effectué.

Geste effectué	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Appendicectomie + lavage +drainage + enfouissement</b>	13	27,70
<b>Appendicectomie + lavage +drainage + sans + enfouissement</b>	34	72,30
<b>Total</b>	47	100,00

L'appendicectomie sans enfouissement du moignon plus la toilette péritonéale plus drainage a été réalisée chez 72,3% de nos patients.

**Tableau XIX :** Répartition des patients selon la quantité du liquide.

Quantité du liquide	Effectif	Pourcentage (%)
Inf. 500ml	44	93,60
Sup 500ml	3	6,40
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>

La quantité de l'épanchement intra péritonéal était inférieure à 500 ml dans 93,6% des cas.

**Tableau XX :** Répartition des patients selon la durée d'intervention chirurgicale.

Durée d'intervention chirurgicale	Effectif	Pourcentage (%)
Inf. 01h	45	95,74
Sup 01h	2	4,25
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Dans 95,74 % des cas l'intervention chirurgicale à durée moins d'une heure de temps.

### Répartition des patients selon le traitement médicamenteux :

Un traitement médicamenteux à base d'antibiotique (Ceftriaxone, Métronidazole, Gentamycine) et d'antalgique/antipyrétique (Paracétamol), a été administré chez la totalité des patients.

### 7. Données évolutives

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

Suites opératoires immédiates	Effectif	Pourcentage (%)
Simple	39	83,00
Suppuration pariétale	7	14,90
Décès	1	2,10
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,00</b>

Les suites opératoires immédiates ont été simples chez 83% des patients.

Nous avons enregistré un (1) décès par choc septique soit 2,1%.

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

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage (%)
Inf. 7jours	41	87
7-10jours	5	10,9
Sup 10jours	1	2,1
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

La durée d'hospitalisation était inférieure à 7 jours chez 86% de nos patients.

**Tableau XXIII :** Répartition des patients selon les suites opératoires à un (1) mois.

Suites opératoires à un (1) mois	Effectif	Pourcentage (%)
Simple	38	80,9
Éventration	1	2,1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>97,9</b>

Les suites opératoires à un (1) mois ont été marquées par un cas d'éventration (2,1%).

**Tableau XXIV :** Répartition selon la classification de CLAVIEN DINDON

Grade	Effectif	Pourcentage (%)
Grade I	10	21,30
Grade II	2	4,30
Grade V	1	2,10
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>26,70</b>

Le grade I de la classification de CLAVIEN DINDON a représenté 21,30%.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## VI.COMMENTAIRE ET DISCUSSION

### 1. METHODOLOGIE :

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive sur trente-six (36) mois allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2020 au 31 Décembre 2022. Elle a été portée sur 47 patients opérés pour péritonite appendiculaire.

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

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

- Le mauvais archivage,
- L'insuffisance du plateau technique rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires en urgence (prélèvement de pus + antibiogramme, ionogramme sanguin, etc.)
- Le faible pouvoir d'achat des malades rendant difficile la prise en charge rapide de certains patients.

### 2. EPIDEMIOLOGIE :

#### 2.1. Fréquence :

La péritonite appendiculaire représentait **41,22%** des patients opérés pour péritonite.

**Tableau XXV : Fréquence des péritonites appendiculaires selon les auteurs**

Auteurs	Effectif	Fréquence
Traoré D [8]	75/300	25%
Yaokreh J-B (RCI) 2015 [18]	82/171	47,9%
Doumbia D (CSRef Bougouni) [4]	30/68	44,1%
Koné A (CS Réf CII BAMAKO) [3]	42/102	41,18%
Notre étude	47/114	41,22%

Malgré les avancées dans la prise en charge de l'appendicite, la fréquence des péritonites d'origine appendiculaire reste élevée.

Dans notre étude les péritonites appendiculaires ont représenté **41,22%** des péritonites aiguës. Ces résultats sont comparables à ceux des différents auteurs qui rapportaient des fréquences entre 41,8% Koné [3] et des 47,9% Yaokreh [18] mais supérieurs à celui de Traoré D [8] soit 25%.

## 2.2 Sex-ratio

Tableau XXVI : Sex-ratio selon les auteurs

Auteurs	Sex-ratio	Effectif
Traoré Drissa [8]	10,11	300
Diarra M. 2019 [5]	2,44	31
Koné Assana [3]	1,33	42
MARIAGE M [19]	1,22	89
Doumbia D [4]	1,50	30
Notre étude	2,61	47

La prédominance masculine observée dans notre étude est en accord avec les différents auteurs [3 ;4 ;5 ;8 ;18].

## 2.3Age

Tableau XXVII : Age moyen selon les auteurs

Auteurs	Age moyen	Effectif
Traoré Drissa [8]	26,4	300
Doumbia D [4]	26,07	30
MARIAGE M [19]	39,8	89
Diarra M. 2019 [5]	20,42	31
Notre étude	21,17	47

L'âge moyen de nos patients était de 21,17 ans avec des extrêmes de 10 et 60 ans. Cet âge moyen est comparable à ceux de Diarra M [5] et de Traoré D [8] qui ont respectivement trouvé 20,42 ans et 26,4 ans.

Il est inférieur à celui de Mariage M en France [19] qui dans sa série avait trouvé un âge moyen de 39,8 ans, cela pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population africaine.

### 3. ETUDE CLINIQUE :

#### 3.1. Délai de consultation :

Tableau XXVIII : Délai de consultation selon les auteurs

Auteurs	Délai	Effectif
Diarra O [5]	5,7	31
Doumbia D [4]	4	30
MARIAGE M [18]	1	89
Koné A [3]	5,4	42
Notre étude	5	47

Un long délai de consultation est observé dans les séries africaines [3 ; 4 ; 5], contre seulement 1 jour en France [19].

Le délai moyen de consultation dans notre étude était de 5jours qui reste proche de celui des autres auteurs africains.

Ce délai reste supérieur à celui observé dans la série française [19].

Ce retard de consultation dans notre série serait lié : Au recourt à l'automédication et au traitement traditionnel en première intention ;

Au manque de moyens financiers,

A l'insuffisance de la couverture sanitaire,

Et à l'insécurité.

#### 3.2 SIGNES CLINIQUES :

L'agression chimique et/ou septique du péritoine, entraîne de profondes modifications à la fois péritonéales et systémiques avec de retentissement local et général qui sont à l'origine des signes suivants [1] :

❖ **Signes fonctionnels**

**Tableau XXIX : principaux signes fonctionnels selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Douleur abdominale</b>	<b>Vomissements</b>	<b>Arrêt de matières et de gaz</b>
<b>KUNIN [20]N : 216</b>	95%	81%	14,3%
<b>DIARRA M [5]N=31</b>	100%	80,6%	6,4%
<b>TRAORE D [8]</b>	100%	76%	-
<b>DOUMBIA D[4]</b>	100%	76,7%	13,3%
<b>KONE A [3] N= 42</b>	100%	38,1%	13,8%
<b>Notre étude</b>	100%	68,1%	23,4%

La douleur abdominale intense, permanente est le symptôme le plus constant [21].

Elle reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs [3 ; 4 ; 5 ;8 ; 20]. Dans notre étude elle était présente chez tous les malades.

Les vomissements ont été retrouvés chez 68,1% des patients. Selon le stade évolutif de la péritonite aiguë ils étaient alimentaires ou bilieux. Ce taux ne diffère pas des 76,7% de TRAORE D et de DOUMBIA [4 ;8] au Mali. Ils traduisent l'expression de l'iléus paralytique dans les formes généralisées, et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant la déshydratation et les troubles électrolytiques [22].

L'arrêt des matières et des gaz témoigne une paralysie intestinale franche. Il peut être précoce ou tardif ; d'installation progressive [22]. Les 23,4% de notre série sont similaires aux 23,8% de KONE [3] à Bamako.

❖ **Les signes généraux :**

Selon la littérature, la rapidité d'installation des signes généraux est liée à la sévérité de la contamination péritonéale [23].

La fièvre est habituellement élevée dès le début. La notion de fièvre a été rapporté par tous nos patients (100%) avant l'admission mais n'a été évaluée que chez 93,6% de nos patients ces résultats sont proches de ceux de KONE A 90,5%.

❖ **Examen physique :**

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

<b>Auteurs</b>	<b>Abolition de la respiration abdominale</b>	<b>Contracture abdominale</b>	<b>Douleur du cul du sac de Douglas</b>
<b>Faniez[1] N=140</b>	50%	30%	50%
<b>DIARRA M [5] N=31</b>	64,5%	80,6%	100%
<b>DOUMBIA D [4]</b>	73,3%	83,3%	100%
<b>KONE A [3] N= 42</b>	14,3%	100%	85,7%
<b>Notre étude</b>	89,40%	91,50%	100%

Le diagnostic de péritonite est avant tout clinique.

La contracture abdominale est le signe physique majeur [23], si l'examen est précoce elle peut être localisée ou se limitée à une simple défense généralisée [21] qui a la même signification sémiologique [23]. Elle a été notée chez 91,5% de nos patients. Ce taux varie entre 80,6 % à 100% selon les auteurs [3, 4, 5].

L'immobilité de l'abdomen traduit l'attaque péritonéale, c'est un symptôme fréquemment rencontré [24] elle a été trouvée chez 89,40% de nos patients. Ce taux est comparable à ceux de DIARRA M [5] et DOUMBIA D [4].

La douleur dans le douglas présente un intérêt diagnostique dans le syndrome péritonéal, témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été observée chez 100 % de nos malades. Ce taux est identique de celui de DOUMBIA [4] et de DIARRA O [5], mais supérieur à celui de Faniez [1] cette différence pourrait être liée au stade d'évolution de la maladie.

**3.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES :**

La péritonite appendiculaire réalise un tableau de péritonite aiguë dont le diagnostic est essentiellement clinique. La confirmation est per opératoire. Aucun examen complémentaire (imagerie, biologie) n'est indispensable et ne doit pas retarder la chirurgie qui s'impose en urgence, mais sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite [1, 22,25].

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

<b>Auteurs</b>	<b>Echographie</b>	<b>ASP</b>	<b>TDM</b>
<b>KONE A [3]</b>	14, 3%	16,7%	Non demandée
<b>DOUMBIA D [4]</b>	100%	30%	
<b>Diarra M [5] N = 32</b>	90,3%	51,6%	
<b>MARIAGE M [19]</b>	40,5%	-	86,5%
<b>Notre étude N= 47</b>	78,73%	21,27%	Non demandée

❖ **Echographie :**

L'échographie abdominale est l'examen de référence au moment où le diagnostic clinique n'est pas typique et permet d'éliminer certains diagnostics différentiels [26].

A l'échographie, les signes positifs d'une péritonite appendiculaire se manifestent par une structure tubulaire de plus de 6 mm de diamètre et parfois un stercolithe intraluminal, non visible à la radiographie de l'ASP. Il est également possible de voir un épanchement dans la cavité péritonéale péri appendiculaire (abcès) ou diffus (péritonite) [26]. En sachant que l'absence d'épanchement n'élimine en rien une péritonite [26].

Elle a été demandée chez 78,73% de nos patients. Nos résultats sont proches de ceux de Diarra M [5] mais supérieur à ceux de KONE A [3]. Elle a permis d'objectiver un épanchement péritonéal et/ou une lésion appendiculaire chez 72,97 % de nos patients.

❖ **Radiographie de l'ASP :**

Elle peut montrer des signes en rapport avec la péritonite et ou des signes orientant vers l'étiologie elle n'a pas été systématique dans notre étude. Elle a été demandée chez 21,23 % de nos patients car le diagnostic de la majorité des cas était clinique.

Elle a permis d'objectiver une grisaille floue chez 7 patients (70%) et des niveaux hydro-aériques chez 3 patients soit 30 %.

**Biologie :**

La numération formule sanguine (NFS) montre habituellement une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. Dans notre étude 35 (74,4%) patients avaient une hyperleucocytose contre 86% et 95,9 % respectivement dans la série de BAKHOU A. [27] et BENZIANE R. [34].

Elle était parfois associée à une anémie chez cinq (5) de nos patients soit 10,6%

### 3.4 TRAITEMENT

Le traitement de la péritonite appendiculaire comprend : la réanimation, la chirurgie et l'antibiothérapie [1].

#### ❖ Réanimation :

C'est le premier temps essentiel, elle associe :

La rééquilibration hydro électrolytique et hématologique par perfusion de solutés [1,28].

Dans notre étude la réanimation a été systématique chez tous les patients. Cette réanimation a été brève en pré opératoire (quelques heures avant la laparotomie) poursuivie en post opératoire. Elle était couplée à la mise en place de sondes nasogastrique et urinaire pour évaluer le bilan hydrique (entrées et sorties).

#### ❖ L'antibiothérapie :

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre la bactériémie [1]. Si le traitement antibiotique est unanimement reconnu comme étant nécessaire, ses modalités font actuellement l'objet de controverses. Les molécules utilisées, leur dose, leur association et la durée du traitement ne sont pas consensuels et aucune étude ne permet de prouver l'existence d'un protocole thérapeutique supérieur à un autre. Les grandes lignes sont l'utilisation de molécules efficaces sur la flore digestive aérobie et anaérobie. Pour des raisons de coût faible et de bonne tolérance chez l'enfant, la ceftriaxone, le métronidazole et la gentamycine sont les antibiotiques de premier choix. Cette antibiothérapie est intraveineuse en péri opératoire [29].

Les molécules utilisées doivent être actifs sur les germes aérobies et anaérobies, les plus souvent rencontrés et avoir une bonne pénétration intra péritonéale.

L'association aminoside, imidazolé et bêtalactamines correspond à ce schéma [1, 30].

Dans notre série nous avons utilisé l'association (ceftriaxone-Gentamicine-métronidazole). Cette antibiothérapie était parentérale en péri opératoire.

Cette association a été utilisée par plusieurs auteurs [27 ,31]

Elle était conforme aux recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation [29]

En effet cette antibiothérapie doit passer par voie parentérale pendant les premiers jours pour obtenir une concentration péritonéale efficace ensuite le relais per os (après la reprise du transit).

Il y a toujours des désaccords concernant la durée du traitement antibiotique [32].

Toute infection locale ou généralisée en chirurgie digestive doit être traitée par une antibiothérapie de 7 jours ou plus, suivant l'évolution [28].

Dans notre série tous nos patients ont reçu une antibiothérapie de 7 à 15 jours contre 8 jours selon Mariage M. en France [19].

❖ **La chirurgie :**

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

**Voie d'abord :**

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

La Laparotomie médiane sus et sous ombilicale a été utilisée chez 66% de nos patients, l'incision médiane sous ombilicale chez 27,70% de nos patients et dans 6,4% par incision Mc Burney élargie.

Ces résultats ne diffèrent pas des autres séries africaines :

-Au Maroc BAKHOU A. [27] a trouvé 96,5% de laparotomie médiane et 3,5% d'incision de Mc Burney.

-Au Mali CAMARA B [23] a utilisé la voie médiane dans 91,3%. Par contre en Europe la voie laparoscopique a fait l'objet de plusieurs études concluant que la prise en charge laparoscopique des appendicites compliquées était possible et sans danger et que le recours à une laparotomie n'était nécessaire qu'en cas d'échec. Elle aurait pour bénéfice comme réduction de : la douleur postopératoire, durée d'hospitalisation, adhérences et occlusions sur brides.

Le surcout lié aux matériels utilisés est l'un des essentiels inconvénients [35, 36].

En France dans la série de MARIAGE M [19], 96,6% des patients ont été opérés sous laparoscopie.

**Tableau XXXII : Siège de l'appendice selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Latéro-caecale</b>	<b>Rétro caecale</b>	<b>Méso caeliaque</b>	<b>Sous hépatique</b>	<b>Pelvien</b>
<b>Bakhou [26]</b>	24%	32%	-	4,1%	5,5%
<b>DOUMBIA D [4]</b>	93,3%	3,3%	3,3%	-	-
<b>DIARRA M N=31</b>	83,9%	12,9%	-	3,2%	-
<b>KONE A [3] N= 42</b>	52,4%	16,52%	28,8%	-	7,1%
<b>Notre étude</b>	78,70%	21,30%	-	-	-

De l'ombilic, au fond du Douglas, d'une épine iliaque à l'autre, l'appendice peut être partout [37].

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de la rotation embryologique, soit indépendantes de la position du cæcum. La FID a été le siège de l'appendice chez tous nos malades avec 78,70% en position latéro-caecale. Ces résultats sont semblables à ceux de D Doumbia [4] et Diarra M [5].

### **TECHNIQUE OPERATOIRE**

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

L'appendicectomie reste la solution idéale dans la péritonite appendiculaire, nous l'avons pratiqué chez tous nos malades comme chez tous les autres auteurs.

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

D'autres au contraire condamnent cette pratique. Pour eux la nécrose du moignon se faisant en vase clos entraînerait la pullulation des germes qui favorise la perforation du bas fond caecal [38, 39].

L'appendicectomie avec ou sans enfouissement associée à une toilette péritonéale abondante au sérum physiologique et un drainage systématique des gouttières pariéto-coliques et du douglas ont été réalisés chez tous nos patients. Dans notre série 27,7% de nos patients ont bénéficiés d'un enfouissement du moignon.

### 3.5 EVOLUTION

#### **Morbidités**

La morbidité post opératoire a été dominée par la suppuration pariétale.

Dans notre étude, les suites opératoires se sont compliquées de suppuration pariétale dans 14,9% (n=7).

Une reprise chirurgicale n'a été effectuée chez aucun de nos patients.

Les facteurs de morbidité retrouvés dans notre série étaient l'âge et le délai de consultation.

#### **Mortalités**

Au cours de notre étude, nous avons constaté 1 décès soit 2,12% par choc septique contre 9,7 % chez DIARRA.M.O. [5] et 5,7 % chez HAROUNA.Y [22].

Ce taux de mortalité faible dans notre série serait dû à la précocité de la prise en charge.

Les facteurs pronostiques rapportés dans les séries africaines sont essentiellement :

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

Les causes de décès rapportées dans les séries africaines sont essentiellement (le choc septique et hypovolémique, la fistule digestive, défaillance poly viscérale [4, 22, 40].

Les péritonites d'origine appendiculaire paraissent de meilleur pronostic [41].

# CONCLUSION ET RECOMMANDATION

## VII-CONCLUSION

La péritonite appendiculaire constitue l'une des entités étiologiques la plus fréquente. Elle est l'apanage de l'adulte jeune de sexe masculin. Le tableau clinique est toujours dominé par la contracture abdominale, la douleur abdominale intense, et les nausées ou vomissements. L'échographie et l'ASP restent des examens incontournables dans son diagnostic. La prise en charge est médico-chirurgicale. Malgré qu'elle ait un bon pronostic, la mortalité et la morbidité restent non négligeables dans les pays en voie de développement.

Une amélioration du plateau technique, une couverture sanitaire suffisante et une éducation r la santé pourraient diminuer le taux de mortalité et de morbidité.

## **VIII-RECOMMANDATIONS**

### **8.1- A la population**

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

### **8.2- Aux autorités sanitaires**

- La formation continue du personnel ;
- La mise au point des Kits d'urgence chirurgicale
- Equiper le centre en moyens matériel diagnostique et thérapeutique : endoscopie ; réactifs et consommables du laboratoire.
- Renforcer le service social dans la prise en charge des démunis.
- Accélérer la mise en place de l'assurance maladie universelle

### **8.3- Aux personnels sanitaires**

- Examiner de façon minutieuse chaque malade.
- Renforcer la collaboration interdisciplinaire et interservices.
- Eviter l'utilisation abusive des antibiotiques en utilisant le référentiel de l'utilisation des antibiotiques du Mali

## IX-REFERENCES

1. Faniez PL, Koffi E, Panis Y. Péritonites appendiculaires Rev prat (Paris) 1992 ; 42(6) :706-10
2. Ohmann C et al. Neues Zur Epidemiologic der akuten appendicitis. Chirurg. 2002; 769-776
3. Koné A. Péritonite appendiculaire au centre de santé de référence de la commune II du district de BAMAKO Thèse Med2020
4. Doumbia D. Péritonite par perforation appendiculaire : aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et pronostiques au centre de santé de référence de BOUGOUNI Thèse Med 2020
5. DIARRA M O. Prise en des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso. Thèse Med Bamako 2018.n°18.71p
6. Kraemer K, Leppert R. Perforating appendicitis: is it a separate disease? Acute abdominal pain study group. Eur J Surg.1999
7. L. T. Soumaoro Péritonite appendiculaire : fréquence et prise en charge dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national ignace Deen de Conakry (Guinée) Publié dans médecine d'Afrique noire 6602 -Février 2019- pages 86-90
8. Traoré, D. Péritonites aiguës généralisées dans le service de chirurgie B du CHU du Point G : 300cas. JACD.
9. Rouvière H. Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc Edition Masson 1998; Tome 2
10. Kamina P. Dictionnaire Atlas d'Anatomie, P-Z Maloine S.A Editeur 1983: 1742-44
11. Kamina P. Dictionnaire Atlas d'anatomie, A-F Maloine S.A Editeur 1983 : P74-86
12. Faniez PL, Serpeau, Thomson C. Péritonite aiguë Encycl. Med Chir Estomac –Intestin 1982 ; 9045 A10, 6
13. Chevalier JM: Anatomie : Le Tronc Flammarion Med –Sciences (Paris) 1998
14. Maiga B. Contribution à l'étude des appendicites: aspect clinique, anatomopathologique, et étiologique. These Med Bamako 1975
15. Rohr S et al. Appendicite aiguë EMC (Paris) gastro- entérologie 1999; 9- 066 A10 – 11p
16. Marchal G, Hoff X, Paillet JL, Perret M. Connaissance du corps Humain Edition épigone (Paris) 1992 ; 10-13 :220p
17. Calin Lazar Constantin. Internat Mémoire, éditions Vernazobres - Gregor, 99 bd de l'hôpital -75013. Paris : Urgences chirurgicales, 2ème Edition: n° 275 ; péritonite P 109.
18. Yaokreh J-B, Coulibaly O, Kouamé DB, Koffi KM, Tembely S, Kouamé YSG et al. Etude descriptive des péritonites chez l'enfant au CHU de Yopougon EDUCI 2015. Rev Int sc méd 2015 ;17,4 :173-177.

19- Mariage M. Péritonite stercorale d'origine appendiculaire : une forme rare et grave d'appendicite aiguë Thèse méd. Amiens 2016 n°174 P=59

20- Kunin N, Letoquard JP. Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : analyse statistique multifactorielle de 216 observations. J Chir (Paris) 1991 ; 128(11) :481-6

21- Le Treut YP.

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

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

22- Harouna YD, Abdou I, Saidou B et Bazira L. Les péritonites appendiculaires généralisées à propos de 70 cas à l'hôpital national de Niamey. Communication scientifique ACAF Bamako 9 Dec.2005

23- Camara B. Péritonites par perforation appendiculaire dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med Bamako 2008 13M148 P=89

24- Mondor H. Diagnostics urgents abdomen Masson 9ème éd 1979; 1190, 24cm

25. Flamant Y.

Complications de l'appendicite aiguë

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

26. Podevin G., M. Barussaud, M.-D. Leclair, Y. Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant 2005. EMC-Pédiatrie-maladies infectieuses 2013(4) :1-6[Article 4-018-Y-10]

27. BAKHOU A.

Les péritonites appendiculaires chez l'enfant

Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU Marrakech

Thèse Marrakech 2012 n° 25

28. Société française d'anesthésie et de réanimation

Prise en charge des péritonites communautaires

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

Texte court : 11 pages

29. M. OUALI, O. Rahil

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

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

30. Jean YM, Jean LC.

Péritonite aiguë

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

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

32. Lund DP, Murphy EU.

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

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

33. Chande VT, Kinnan JM.

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

Arch pediatr adolescent Med 1996;150: 703706.

34. David A. Patrick MD.

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

The American journal of surgery 192 2006;192: 750755

35. Jeffrey R.Horwitz, Monford D,

Should laparoscopic appendectomy be avoided for complicated appendicitis in children?

Journal of pediatric surgery, vol 32, No 11 (November) 1997: pp 16011603

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

Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis.

The American college of surgeons. 2007

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

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

38. Delttre J F.

Appendicite aiguë et ses complications diagnostic, traitement.

Impact internat 1997 ; 356.

39. Estour E, Geri JP.

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

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

40. Dissa B A

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

Thèse méd. Bamako 2012 ; n°53

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

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

# ANNEXES

**V. FICHE D'ENQUETE**

Q1-N° de la fiche

d'enquête...../...../

Q2-N° du dossier du malade

...../...../

Q3- Nom et Prénom

.....

Q4- Date de

consultation...../...../...../...../

Q5- Age

...../...../

Q6- Sexe.....

...../...../

1=Masculin 2=Féminin

Q7-Contacte à SAN.....

.....

Q8-Provenance.....1:rurale 2:Urbaine

Q9- Ethnie

...../...../

1=Bambara 2=Malinké 3=Minianka 4=Peulh 5=Bobo 6=Dogon

7= si autre à préciser.....

Q10-

Profession...../.....

/

1=Etudiant/Elève 2=cultivateur 3=Ouvrier 4=Commerçant

5=Masson 6=Tailleur 7=Ménagère

8=Autre à

préciser.....

Q11- Mode de recrutement à

l'hôpital...../...../

1=Urgence 2=Consultation

Q12 - Motif de

consultation...../...../

1= Douleurs abdominales 2= Arrêt des matières et des gaz

3=Météorisme abdominal 4= Vomissement 5=Fièvre 6= Diarrhée 7=

Autres 8=

Indéterminée 9= 1+4 10=1+2

- Antécédents (ATCD)

Q13-Médicaux...../...../

1=Oui 2=Non 3=Si oui

précisé.....

Q14-Chirurgicaux...../...../

1 =Oui 2=Non 3=Si oui précisé.....

Q15-Familiaux...../...../

1=oui 2=non 3-Si oui

précisé.....

Q16-Gynéco-obstétriques

:...../...../

1 =Oui 2=Non 3=Si oui

précisé.....

EXAMEN GENERAL

Les signes généraux

Q17- Score de

l'OMS...../...../

Q18-

Conjonctives...../.....

./

1=Colorées 2=Pales 3=Ictère 4= Autres

5=Si autre,

préciser.....

Q19- Température en degré

Celsius...../...../

1=< 37, 5 2= (37,5-38,5) 3=(38,5-39,5) 4= > 39 ,5

Q20- Pouls en

battements/mn...../...../

Q21- Poids en Kg .....

...../...../

Q22- Taille...../...../

Q23 Indice de Masse Corporelle

(IMC)...../...../

Q24-TA maxima en mm de

HG...../...../

-TA minima en mm

HG...../...../

Q25-Fréquence respiratoire en

cycles/m...../...../

Q26- Faciès:

...../...../

1= normal, 2= tiré, 3= péritonéal, 4= autres,

5 - Si Autres à préciser : .....

.....

Q27-Plis cutanés :...../...../

1= absents 2= présents

Q28- Langue

:...../...../

1 = humide 2 = sèche 3= saburrale

Q29- Conscience:

...../...../

1 = normale 2 = agitée 3 = confuse 4 = coma 5= autres

Douleur abdominale

Q30-

Siège...../...../

.../

1=FID 2=Hypogastre 3=FIG 4=Flanc droit 5=Péri ombilicale

6=Flanc gauche 7=Hypocondre droit 8=Epigastre

9=Hypocondre gauche 10=Diffuse

10=Si autre à

préciser.....

Q 31-Irradiation...../...../ 1=oui

2=non 3-Si oui précisé.....

Q32-L'installation

...../...../

1=Brutale 2=Progressive

3=Autre...../.....

Q33-

Type...../.....

..../

1=brulure 2=Piqre 3=Torsion 4=Pesanteur 5=Poignard

6=Picotement

7=Si autre à préciser

.....

Q34=Intensité...../.....

...../

1=Faible 2=Modérée 3=intense 4=Très intense

Q35-

Evolution...../.....

..../

1=Permanente 2=Intermédiaire

Q36-Facteur d'exacerbation...../...../

1=Oui 2=Non 3=Si oui,

précise.....

Q37=Facteur d'accalmie...../...../

1=Non 2=Oui 3=Si oui,

préciser.....

Q38=Arrêt de matières et de

gaz...../...../

1=Non 2=Oui

Q39=Vomissement...../.....

...../

1=Non 2=Oui

3=Si Oui préciser le

type.....

Q40=Fièvre...../.....

...../

1=Non 2=Ou

Signes physiques :

Inspection :

Q41- Présence de cicatrice opératoire sur

l'abdomen...../.....  
.../

1=Non 2=Oui

3=Si oui,

préciser.....

Q42- Distension abdominale

...../...../

1=Non 2=Oui

3=Si oui,

préciser.....

Q43- Respiration de

l'abdomen...../...../

1= OUI 2=NON

Q44- Si autres à

préciser.....

Palpation :

Q45-

Douloureuse...../...../

1=Oui 2=Non

Q46- Défense

abdominale...../...../

1=Oui 2=Non

3=Si oui, préciser le

siège.....

Q47- Contracture

abdominale...../...../

1=Oui 2=Non

3=Si oui, préciser le

siège.....

Q48-

Masse...../.....

/

1= Oui 2= Non

3=Si Oui

préciser.....

Percussion

Q49-

Matité...../.....

...../

1=OUI 2=Non

Q50-

Tympanisme...../...../

1=Oui 2=Non

Auscultation

Q51-Bruits hydroaériques...../...../

1= libres 2= autres

c -

Percussion...../...../

...../

1=Normale 2= Météorisme 3= Matité 4=Autre

d - Auscultation

Q52- Bruits intestinaux à l'auscultation :

...../...../

1=Normaux 2=Diminués 3=Augmentés

4=Silence abdominal

Toucher Pelvien

Q53- T R

...../...../

1=Fait 2=Non fait

3=Si fait,

résultat.....

Q54-

TV...../.....

...../

1=Fait 2=Non fait

3=Si fait,

résultat.....

Q55 – Autres

particularités.....

Les examens complémentaires :

Imagerie

Q56-

ASP...../...../

1= Normale 2=Anormale

3=Si Anormale, préciser

l'anomalie.....

Q57- Echographie

abdominale...../...../

1= Normale 2= Anormale

3=Si Anormale, préciser

l'anomalie.....

Bilan Sanguin et Biologique

Q58-

N.F.S...../...../

1= Normale 2=Anormale

3=Si Anormale, préciser

l'anomalie.....

Q59- Groupage sanguin et

Rhésus...../...../

1= A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=AB+ 6=AB- 7= O+

8= OQ

60- Urée

(mmol/L)...../...../

1= Normale 2=Anormale

3=Si Anormale, préciser

l'anomalie.....

Q61- Créatininémie ( $\mu\text{mol/L}$ ).....

...../...../

1= Normale 2=Anormale

3=Si Anormale, préciser

l'anomalie.....

Q62- Glycémie (en  
g/dl)...../...../

1= Normale 2=Anormale

Diagnostic :

Q63- Diagnostic préopératoire  
...../...../

1= Peritonite appendiculaire 2= Péritonite aigue 3= abcès appendiculaire

4= Salpingite 5= Appendicite

Q64- Diagnostic per  
opératoire...../...../

Traitement

Traitement reçu avant l'admission

Q65-Médical...../...../

1= Oui 2= Non

3=si oui,

préciser...../...../

Q66- Traitement

Traditionnel...../...../

1= Oui 2= Non

3=si oui,

préciser...../...../

Traitement reçu à L'admission

Traitement médical

Q67-Traitement

préopératoire.....

Q68-Traitement post

opératoire.....

Traitement chirurgical

Q69-

Opérateur...../...../

1=Chirurgien 2=Autre

Q70-Type

d'anesthésie.....

1= AG sans IOT 2=AG avec ITO

Q71-Incision.....

1= Médiane sus et sous ombilicale

2=Médiane sous ombilicale 3=Au point de Mac Burney

Q72-Geste

effectués.....

Q73-Mise en place d'un

drain...../...../

1=Oui 2=Non

3=Si oui, préciser le siège

Complications

Q74-Complications per

opératoires...../...../

1=Oui 2=Non

3=Si oui,

préciser.....

Complications post opératoires

Q75- Pendant

l'hospitalisation...../...../

1= Simples 2= Choc hypovolémique 3=

Septicémie

4= Abscess de la paroi 5= Défaillance cardiaque 6= Acidose –

métabolique 7= IR 8= fistulisation digestive 9= Lâchage

anastomotique 10= Décès

11= ré péritonisation 12=occlusion 13=Eviscération 14=

autre à préciser

Q76=Date de

sortie...../...../...../...../

Q77-Durée d'hospitalisation post

opératoire...../...../

Suivie post opératoire

Q78-Suites opératoires à 1

mois)...../...../

1= Simples 2 = Eventration 3= Troubles digestifs

4= Occlusion 5= Syndrome de grêle court 6=

Décès 7=Intervention 8= Retard de cicatrisation

9=Autre à préciser

grêle court 6= Décès 7= Autres

Q79 Score de clavien dindon

1: Grade I. 2: Grade II. 3: Grade IIIa. 4: GradeIIIb. 5:GradeIVa. 6:GradeIVb. 7:GradeV.

## **Fiche signalétique**

**Nom :** DIASSANA

**Prénom :** Charles

**Téléphone :** 91 31 24 68 /65 86 00 93

**E-mail % :** vrhaicharlesgmail

**Titre :** Péritonites appendiculaires au Centre de santé de référence de SAN.

**Secteur d'intérêt :** unité de chirurgie générale du CSRéf SAN

**Pays :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Année :** 2023-2024

**Lieu de dépôt :** bibliothèque de la FMOS

## **Résumé :**

### **Introduction :**

La péritonite aiguë est une inflammation aiguë généralisée ou localisée de la séreuse péritonéale le plus souvent d'origine infectieuse.

Les péritonites appendiculaires sont des complications de l'appendicite aiguë qui se caractérisent par la diffusion du processus infectieux dans la cavité péritonéale réalisant ainsi une péritonite purulente localisée ou généralisée.

Les péritonites sont des urgences médico-chirurgicales car le pronostic peut être grave

### **Objectif général :**

Etudier la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du centre de santé de référence de SAN.

### **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la péritonite appendiculaire.
- Décrire les aspects diagnostiques de la péritonite appendiculaire.
- Analyser les résultats du traitement.

**Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude rétrospective et transversale allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2020 au 31 Décembre 2022, réalisée dans le service de chirurgie générale du CSRéf SAN.

Tous les patients opérés dans le service pour péritonites appendiculaires ont été inclus.

### **Résultats :**

Pendant la période de notre étude, 47 cas péritonites appendiculaires ont été colligés. Les péritonites appendiculaires ont représenté 2,86% des interventions chirurgicales, 7,61% des interventions chirurgicales urgentes. Le sexe masculin a représenté 72,31% avec une sex-ratio de 2,61 au risque des hommes, la moyenne d'âge était de 22,5 ans, la douleur abdominale était

le principal motif de consultation, elle a été notée chez tous nos patients. L'examen physique a permis dans la plupart des cas de poser le diagnostic. Le traitement chirurgical a consisté en une appendicectomie avec une toilette péritonéale suivie d'un drainage. La mortalité a été de 2,1%. Le retard de consultation et l'âge constituaient les facteurs de morbidité et mortalité.

**Conclusion :** La péritonite appendiculaire constitue l'une des entités étiologiques la plus fréquente. Elle est l'apanage de l'adulte jeune de sexe masculin. Le tableau clinique est toujours dominé par la contracture abdominale, la douleur abdominale intense, les nausées ou vomissements et la douleur dans le douglas.

**Mots clefs :** péritonite- appendiculaire- chirurgie générale CSRéf SAN.

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette faculté, et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le Jure !