

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-

UN BUT-

UNE FO



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°

Titre

**Péritonite aigue généralisée d'origine appendiculaire dans le
service de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire
Pr. Bocar Sidy Sall de Kati**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 25/02/2025 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Marcelin Niaré

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président du jury : M. Salia Coulibaly (Maitre de conférences)

Membres du jury : M. Abdoulaye Diarra (Maitre de conférences)

M. Aboubacar Koné (Praticien hospitalier)

Directeur de thèse : M. Koniba Keita (Maitre de conférences)

DEDICACE

DEDICACE :

Je rends grâce à Dieu ; Le Tout Puissant, Le Miséricordieux, Le Clément ; Qui m'a inspiré Qui m'a guidé dans le bon chemin.

C'est Toi [Seul] que nous adorons, et c'est Toi [Seul] dont nous implorons secours.

Guide-nous dans le droit chemin,

Le chemin de ceux que tu as comblés de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru ta colère, ni des égarés.

Je lui rends grâces de m'avoir donné la vie, de m'avoir permis de participer à la réalisation de ce travail. Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde. Je vous dois ce que je suis devenu.

A mes très chers parents :

Mon père Balla Eloi, ma mère Konimba KEÏTA

Le privilège m'est donné de vous manifester toute ma reconnaissance.

Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices déployés pour notre éducation, de vos prières incessantes et de votre amour.

Vous n'avez jamais cessé de nous encourager et de prier pour nous.

Vous êtes toujours présents pour nous écouter, nous reconforter et nous montrer le droit chemin. Votre prière et votre bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Vous avez toujours été un exemple pour nous, vous nous avez poussés à nous surpasser dans tout ce qu'on entreprend, et nous a transmis cette rage de vaincre et la faim du savoir. Chers parents je vous serai reconnaissant toute ma vie, pour tout le mal que vous vous êtes donné pour moi à chaque étape de ma vie, pour votre patience et votre amour.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez.

J'espère être l'homme et le fils que vous aviez voulu que je sois, et je me forcerai d'être digne de ce que vous aurez souhaité que je sois. Ce titre de Docteur en

Médecine je le porterai fièrement et je vous le dédie tout particulièrement en témoignage de mon profond amour.

Je vous aime ; puisse Dieu, Le Tout Puissant, vous préserver et vous accorder santé, longévité et bonheur. A mes frères Jean Marie, Patrice, Lazard, François, Victor, et à mes sœurs, Jeanne, Rosalie Rokia

En témoignage de toute l'affection et des profonds sentiments fraternels que je vous porte et de l'attachement qui nous unit. Votre présence et vos encouragements m'ont été d'une grande aide. Je vous "adore" au-delà des liens du sang et à jamais. Que ce travail soit pour vous un exemple de volonté, de courage et d'abnégation. Je ne saurai vous dire combien je vous aime. Ce travail est aussi le vôtre. Je vous souhaite une vie pleine de joie, de bonheur et d'amour. Je vous aime ! Jamais personne ne brisera ce lien qui nous unit par la grâce de Dieu. A toute la famille Niaré de Kati Siracoro Niaré : Je vous dis merci ! Ce travail vous est dédié. A mes maîtres formateurs : Pr KEÏTA Koniba, Pr DIARRA Abdoulaye, Dr TRAORE Issa, Dr KONE Aboubacar, Vous avez été plus que des maîtres pour nous, c'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Trouver en ce document le fruit de vos propres efforts.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

A tous mes maîtres de l'école fondamentale de Siracoro Niaré, de l'école fondamentale du camp militaire de Kati actuel Groupe scolaire Amadou Haya Sanogo, du lycée Mamby Sidibé de Kati (LMSK), de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako. Je profite de cette occasion solennelle pour vous adresser mes sincères remerciements et ma grande reconnaissance.

A mes aînés du service de chirurgie : Docteurs : Gaoussou MAKADJI ; Ladjji DIARRA ; Mamadou KONE ; Makan TRAORE ; Brahim AGZE ; Souleymane Seydou KONE ; Ousmane BERETE ; Nouhoum MAIGA

Merci pour votre soutien !

A tout le personnel du service de chirurgie générale :

Au major Ismaël KONARE, Lassana KANTE, Adja Bintou HAIDARA, Nassira SAMAKE, Mamadou NIARE, Fatim CAMARA, Fatoumata Bintou GOUNDOUROU et toute l'équipe : Nous vous remercions pour l'accueil cordial et la collaboration fraternelle dont vous nous aviez fait part au cours de notre séjour dans le service de chirurgie générale.

A tout le personnel du bloc opératoire :

Merci pour la collaboration et votre sens de l'humour.

A mes camarades et amis de la faculté de médecine :

En témoignage des années passées ensemble nous vous remercions infiniment pour votre bonne collaboration.

A toute la promotion << Pr Sambou SOUMARE >> de la FMOS.

En souvenir des bons moments passés ensemble

Aux médecins et infirmiers des urgences :

Merci pour la bonne collaboration et l'assistance technique que j'ai bénéficiée auprès de vous.

A tous ceux et toutes celles qui ne verront pas leurs noms ici ; je dis merci à tous ; qu'ils sachent que ce travail n'est qu'une œuvre humaine. A tout le personnel du CHU BSS de Kati mes vives salutations pour ces moments passés ensemble.

Je vous aime tous !

A toute la population de Kati :

Pour leur amour, leur confiance et leur hospitalité.

Enfin, je reformule mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail et qui sont si nombreuses pour que j'en fasse une liste nominative.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et Directeur de Mémoire,

Pr Salia COULIBALY

- Chef du service de radiologie et d'imagerie médicale du CHU Pr BSS de Kati,
- Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale.
- Maître de conférences en radiologie à la Faculté de Médecine et d'OdontoStomatologie (FMOS).
- Spécialiste en Biologie et Médecine du Sport de l'université de Cocody (Abidjan).
- Titulaire du Diplôme d'Université en Santé Publique mention « santé et développement » de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Henri Poincaré de Nancy (France).
- Titulaire du Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFMSA) de l'Université Pierre et Marie Curie de Paris.
- Diplôme en gestion des organisations sportives olympiques de la solidarité olympique.
- Ancien secrétaire général de la Société Malienne d'Imagerie Médicale (SOMIM)
- Membre de la Société Ivoirienne d'Imagerie Médicale (SIIM).
- Membre de la Société de Radiologie d'Afrique Noir Francophone (SRANF).
- Membre de la Société Française de Radiologie (SFR).
- Membre du Collège Malien de Médecine du Sport (COMAMES).
- Membre de l'Association Malienne de Médecine du sport (AMMS).
- Membre de l'association ivoirienne de Médecine du sport (AIMS).
- Membre de l'union Africaine de Médecine du Sport (UAMS).
- Membre de la Fédération Internationale de Médecine du Sport (FIMS).
- 1^{er} vice-président de la Fédération Malienne de Canoë Kayak et disciplines assimilées (FEMACKDA)

Honorable maître,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury Malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre humanisme, et votre souci de formation de la jeunesse font de vous un espoir pour notre nation. Veuillez recevoir, cher maître, l'expression de nos sincères remerciements. Soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Professeur ABDOULAYE DIARRA

- Maître de conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;
- Agrégé de chirurgie générale à la FMOS
- Chef de service du Bloc opératoire du CHU BSS de Kati
- Spécialiste en chirurgie générale ;
- Praticien hospitalier au CHU BSS de Kati ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali ;
- Membre de la Société Africaine Francophone de Chirurgie digestive (SAFCHID)
- Membre de la société malienne des maladies de l'appareil digestive (SOMAD) ;
- Membre de la société d'anesthésie de réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU MALI) ;
- Membre du Collège Ouest Africain des Chirugiens (WACS)
 - Ancien interne des hôpitaux.

Cher Maître,

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 MAITRE ET JUGE :

Docteur ABOUBACAR KONE.

- Spécialiste en chirurgie générale ;
- Praticien hospitalier au CHU BSS de Kati ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali ;

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 DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Koniba KEÏTA

- Maître de Conférence de chirurgie générale à la FMOS ;
- Chef de Service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati ;
- Praticien Hospitalier au CHU BSS de Kati ;
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (So.Chi.Ma) ;
- Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS)

Cher maître,

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse. Vous avez accepté de juger ce travail avec une spontanéité et une simplicité émouvante. Votre assiduité, votre constante disponibilité, votre modestie, votre courtoisie et votre désir ardent à parfaire la formation des étudiants font de vous un maître que nous admirons. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. En espérant que cet humble travail saura combler votre attente, veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre infinie gratitude. Que Dieu vous assiste

LISTE DE TABLEAUX

Liste de tableaux

Tableau I: Repartition des patients selon la residence	31
Tableau II : Repartition des patients selon la profession	31
Tableau III: Repartition des patients selon le mode d'admission	32
Tableau IV : Repartition des patients selon le motif de consultation	33
Tableau V : Repartition selon le delai de consultation	34
Tableau VI : Repartition des patients selon les antécédents médicaux.....	35
Tableau VII : Repartition des patients selon les antécédents chirurgicaux.....	35
Tableau VIII. Repartition des patients selon les signes fonctionnels	36
Tableau IX. Repartition des patients selon l'état general	40
Tableau X: Repartition des patients selon les signes generaux	40
Tableau XI: Repartition des patients selon le résultat de l'inspection.....	41
Tableau XII : Repartition des patients selon le résultat de la palpation.....	41
Tableau XIII : Repartition des patients selon le resultat de la percussion.....	42
Tableau XIV : Repartition des patients selon le resultat de l'auscultation.....	42
Tableau XV : Repartition des patients selon le resultat du TR.....	42
Tableau XVI : Repartition des patients selon le resultat de l'échographie.....	44
Tableau XVII : Repartition selon le resultat de l'ASP	44
Tableau XVIII : Repartition des patients selon la numeration formule sanguine.....	45
Tableau XIX : Repartition des patients selon le groupe sanguin et rhesus.....	45
Tableau XX: Repartition des patients selon le diagnostic preoperatoire.....	46
Tableau XXI : Repartition des patients selon le traitement reçu avant l'admission.....	47
Tableau XXII: Repartition des patients selon le type d'incisions.....	48
Tableau XXIII : Repartition des patients selon la quantite d'epanchement.....	48
Tableau XXIV :Repartition des patients selon l'aspect de l'appendice	49
Tableau XXV : Repartition des patients selon le diagnostic per operatoire.....	49
Tableau XXVI : Repartition des patients selon le geste effectue	50
Tableau XXVII : Repartition des patients selon le resultat de l'examen.....	51
Tableau XXVIII : Repartition des patients selon la sensibilite des germes aux antibiotiques.....	52
Tableau XXIX : Repartition des patients selon la resistance des germes aux antibiotiques...	53
Tableau XXX : Repartition des patients selon les suites operatoires immediates.....	54
Tableau XXXI : Repartition des patients selon la duree d'hospitalisation	54

Tableau XXXII : Repartition des patients selon les suites opératoire a 1 mois.....	55
Tableau XXXIII : Age et complications.....	56
Tableau XXXIV : Sexe et complications.....	56
Tableau XXXV : Delai de consultation et complications.....	57

Liste de figures

Figure 1 : Les deux etages de la cavite abdominale(12).....	8
Figure 2 : Les loges peritoneales(12).....	10
Figure 3: La jonction ileo-caecale (13).....	13
Figure 4: repartition des patients selon le sexe	28
Figure 5: Repartition des patients selon l'age.....	29
Figure 6 : Répartition des patients selon le mode d'admission	31
Figure7 : Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur.....	34
Figure 8 : Répartition des patients selon l'évolution de la douleur.....	36
Figure 9 : Répartition des patients selon le score de mannheim.....	45

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

ALR : Anesthésie Loco Régionale

AMG : Arrêt des Matières et des Gaz

ASP : Abdomen Sans Préparation

ATCD : AnTéCéDent

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

EVA : Echelle Visuelle Analogue

FID : Fosse Iliaque Droite

FIG : Fosse Iliaque Gauche

Fig : Figure

HTA : HyperTension Artérielle

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IOT : Intubation OroTrachéale

J : Jour

Mc : Mac

mm³ : Millimètre cube

NFS : Numération Formule Sanguine

NHA : Niveau Hydro-Aérique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SOCHIMA : Société de Chirurgie du MALI

Sup : Supérieur

TA : Tension Artérielle

TR : Toucher Rectal

UGD: Ulcère Gastro-Duodéal

USA: United States of Amérique

SOMMAIRE

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	XX
I INTRODUCTION.....	2
I OBJECTIFS :.....	5
2.1 Objectif général :.....	5
2.2 Objectifs spécifiques :	5
II GENERALITES.....	7
3.1 Rappels anatomiques du péritoine :	7
3.3 Les conséquences Physiopathologiques des péritonites appendiculaires :.....	15
3.4 Rappels cliniques : [11]	16
III METHODOLOGIE.....	21
IV RESULTATS :.....	29
5.1 Les données sociodémographiques :	29
5.2 Les données cliniques :.....	32
5.3 LE TRAITEMENT	47
5.4 ANALYSE BI VARIABLE.....	56
V COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	59
6.1 Méthodologie :	59
6.2 Épidémiologie :	59
6.3 Étude clinique :.....	62
6.4 Traitement :	66
6.5 Évolution :.....	69

VI	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	72
7.1	CONCLUSION.....	72
7.2	RECOMMANDATIONS.....	73
VII	ANNEXES :.....	79
8.1	Fiche d'enquête :.....	79

INTRODUCTION

I INTRODUCTION

Les péritonites aiguës généralisées d'origine 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 généralisée. Elles peuvent apparaître d'emblée ou faire suite au stade d'abcès appendiculaire[1].

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

Malgré la couverture sanitaire efficace en occident, l'incidence des péritonites appendiculaires ne baisse pas (20/100000/an) [2].

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

Aux **USA** : Flum. DR et Al en 2001 dans une étude rétrospective sur 63707 appendicectomies, ont trouvé 25,85% de péritonite par perforation appendiculaire [5].

En Europe : Lebedev. N.Ven 2023 à Moscou , dans une étude rétrospective portant sur 686 cas de péritonites aiguës a relevé 39,9% de péritonite d'origine appendiculaire [6] .

En Afrique: OUANGRÉ.E et al au Burkina Faso en 2013 dans une étude transversale descriptive réalisée sur les péritonites aiguës généralisées 33% étaient d'origine appendiculaire [7].

Au Mali : de nombreuses études ont retrouvé cette prédominance des perforations appendiculaires dans les perforations digestives. Diarra M O en 2018 dans une étude prospective et descriptive portant sur 59 cas de péritonites aiguës généralisées à Sikasso a relevé 52,54% d'origine appendiculaires[3] .Touré. S en 2022 dans une étude rétrospective portant sur 136 cas de péritonites aiguës a retrouvé 55,15% de péritonite appendiculaire[4].

Leur diagnostic est essentiellement clinique. La gravité et le pronostic dépendent de l'âge, de l'étiologie, des comorbidités associées, du délai de diagnostic et le traitement précoce. Le traitement est médico-chirurgical associant la réanimation et l'antibiothérapie

Au CHU Pr BSS de Kati, aucune étude jusqu'ici n'avait été réalisée sur les péritonites appendiculaires. Cette absence de données sur cette pathologie en tant qu'une urgence abdominale classique, nous a motivé à réaliser ce travail.

Le but de notre travail a été d'étudier les spécificités de la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CHU Pr BSS de Kati.

OBJECTIFS

I Objectifs :

2.1. Objectif général :

Etudier la péritonite appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CHU Pr BSS de Kati

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la péritonite appendiculaire ;
- Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la péritonite appendiculaire ;
- Identifier les principaux germes et leurs sensibilités aux antibiotiques au cours de la péritonite appendiculaire ;
- Analyser les suites opératoires de la péritonite appendiculaire.

GENERALITES

II GENERALITES :

3.1 Rappels anatomiques du péritoine :

3.1.1 L'anatomie du péritoine : [8]

Le péritoine est une membrane séreuse recouvrant les organes contenus dans la cavité abdomino-pelvienne autrement dit la partie sous diaphragmatique de l'appareil digestif et certains organes de l'appareil génito-urinaire.

Macroscopiquement, il est composé de deux feuillets :

Un feuillet pariétal: ou péritoine pariétal, appliqué sur les parois des cavités abdomino-pelviennes. Ce feuillet 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.

Le péritoine pariétal est relié au péritoine viscéral par **des replis membraneux** (replis péritonéaux). Ils contiennent les vaisseaux et les nerfs destinés aux organes enveloppés par la séreuse. Est appelé <<méso>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un segment du tube digestif.

Est appelé <<ligament>> un repli reliant le péritoine pariétal au péritoine viscéral d'un organe intra abdominal ne faisant pas partir du tube digestif.

Est appelé <<épiploon>> un repli joignant le péritoine viscéral de deux organes intra abdominaux.

3.1.2 La vascularisation du péritoine:[9,10]

- 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.

La séreuse péritonéale n'est pas dotée de circulation lymphatique propre, un dispositif juxta-diaphragmatique fait de fenêtres mésothéliales permet le drainage de la lymphe de la cavité péritonéale vers la circulation générale en passant par les lymphatiques diaphragmatiques et le canal thoracique.

3.1.3 L'innervation du péritoine :[11]

Elle varie d'une région à l'autre, on distingue des zones hypersensibles, qui peuvent être des témoins cliniques en cas d'inflammation péritonéale ; on peut citer :

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

3.1.4 L'anatomie topographique de la cavité abdominale :[12]

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. 1)

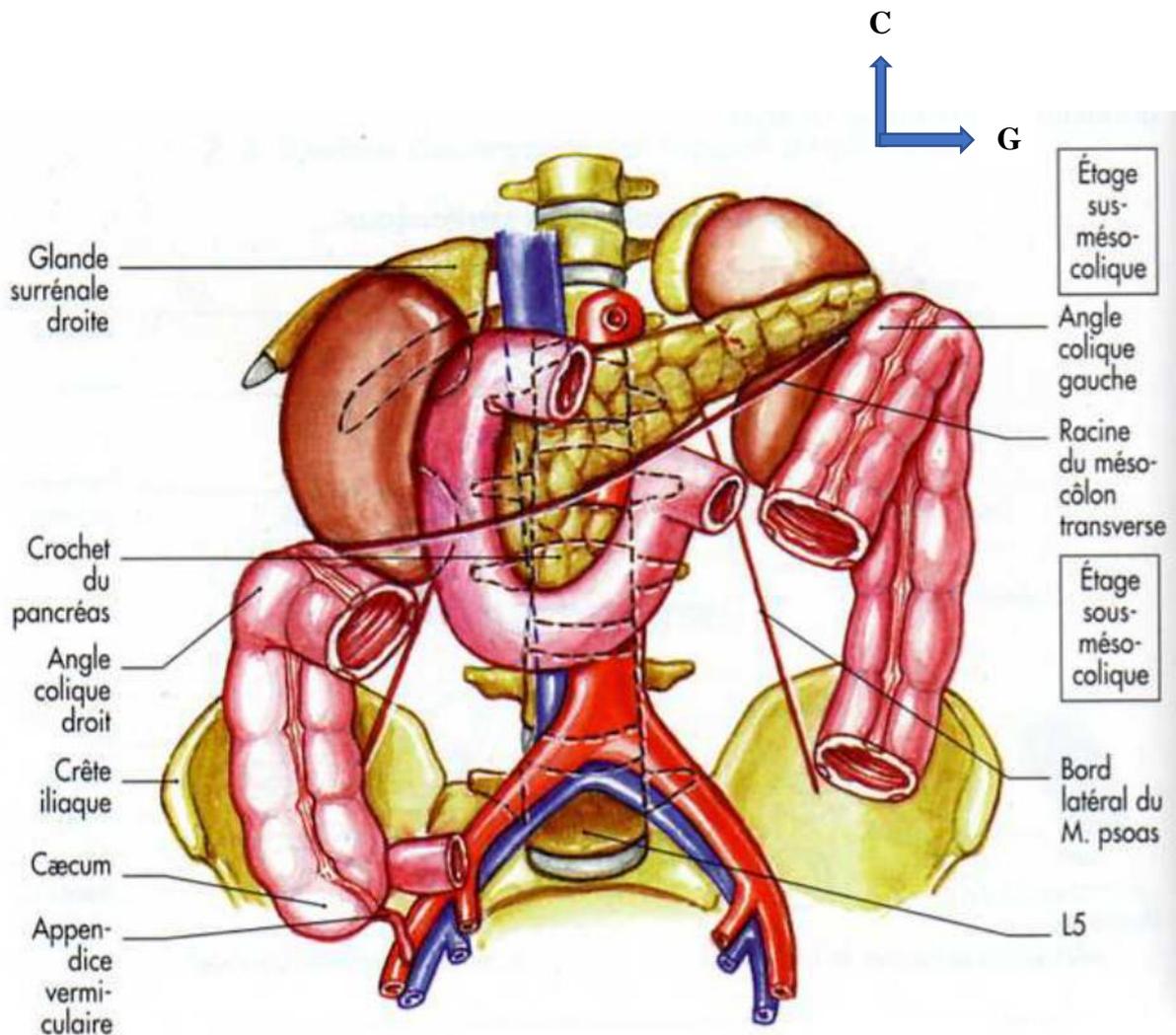


Figure 1: Schéma anatomique annoté des deux étages de la cavité abdominale[12]

Les différentes loges péritonéales sont :

A l'étage sus-méso colique:

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

A l'étage sous méso colique :

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

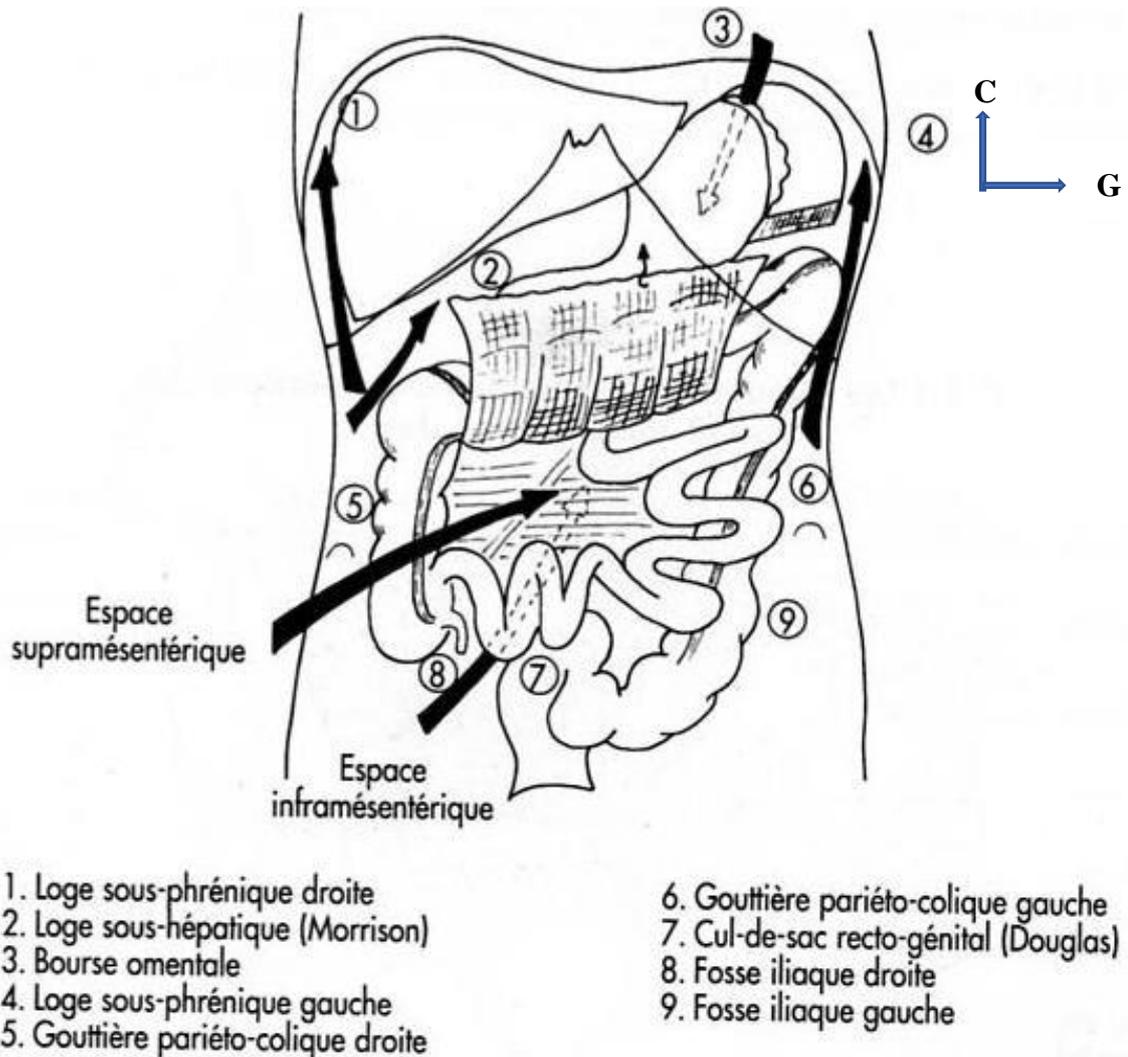


Figure 2 : Schéma anatomique annoté des loges péritonéales[12]

3.1.5 La classification des organes par rapport au péritoine:[11]

Il existe trois types d'organes intra abdominaux:

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 situés 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, tel l'estomac, les voies biliaires extra hépatiques, le colon (transverse et sigmoïde) les anses intestinales grêles, l'appendice

3.1.6 La physiologie du péritoine :

Le péritoine occupe environ 2m² chez l'adulte.

La séreuse péritonéale est animée de deux mouvements liquidiens osmotiques dits <passifs>:

-La sécrétion:

Les deux feuillets péritonéaux sont séparés par un espace virtuel contenant une sérosité liquidienne (50 à 100 cm³) continuellement renouvelée. Cette sérosité a une composition chimique proche du sérum sanguin. Ce sont 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, facilite le glissement des deux feuillets péritonéaux

-L'absorption:

Elle est plus importante au-dessus du foie et nulle au niveau du cul de sac de Douglas

Le passage de liquide du péritoine vers les capillaires, est à la base de dissémination des germes dans la circulation sanguine. Le **drainage lymphatique dit <actif>** rendu possible par le mouvement des fluides dans la cavité péritonéale serait un autre mécanisme de dissémination microbienne.

3.2 Rappel anatomiques de l'appendice : [9,10]

3.2.1 L'embryologie :

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

Ces trois bandelettes, antérieure, postéro-externe, postéro-interne, déterminent des bosselures dont la plus volumineuse antéro-externe, constitue le fond cæcal. L'absence de développement congénital du diverticule du cæcum primitif est à l'origine d'hypoplasie voire d'agénésie de l'appendice. D'autres malformations congénitales ont été décrites, la plus fréquente est duplication appendiculaire ; dans ce cas peuvent exister soit deux lumières appendiculaires avec deux muqueuses et une musculature commune soit deux appendices séparés, normaux ou rudimentaires.

3.2.2. L'anatomie macroscopique :

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

3.2.3. L'anatomie microscopique :

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

Une séreuse péritonéale interrompue par une mince lisérée correspondant à l'insertion du méso appendice ; Une couche musculaire longitudinale, puis circulaire.

Cette couche musculaire bien développée dans son ensemble peut manquer par endroit permettant ainsi au tissu sous muqueux de rentrer directement en contact avec la séreuse.

La sous muqueuse renferme de nombreux organes lymphoïdes qui ont fait considérés l'appendice comme <<l'amygdale intestinale>>.

La muqueuse appendiculaire est semblable à celle du gros intestin mais les éléments glandulaires sont rares. Cette structure varie suivant l'âge :

- chez le nourrisson le tissu lymphoïde est en quantité modérée, d'où une lumière appendiculaire relativement large ;

- chez l'enfant apparaît une hypertrophie lymphoïde qui entraîne une réduction de la lumière appendiculaire. On assiste ensuite à une régression progressive des éléments lymphoïdes et, chez le sujet âgé l'appendice se présente parfois comme une simple corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

3.2.4. L'anatomie topographique :

Les variations de position de l'appendice peuvent être soit secondaires à une migration anormale du cæcum lors de sa rotation embryologique, soit indépendant de la position du cæcum. Le cæcum migre habituellement jusque dans la fosse iliaque droite (90% des cas) ; sa migration peut s'arrêter dans l'hypochondre droit, situant l'appendice en position sous – hépatique ou se poursuivre en position pelvienne (30% des femmes).

Une mauvaise 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-cœliaque (sus ou sous-iléale), pelvienne. La position latéro-cæcale est la plus fréquente (65% des cas).

3.2.5. L'anatomie fonctionnelle :

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

3.2.6 La vascularisation de l'appendice :

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

Cette artère appendiculaire donne :

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

Toutes ces artères sont de type termina.

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 ileo-colique.

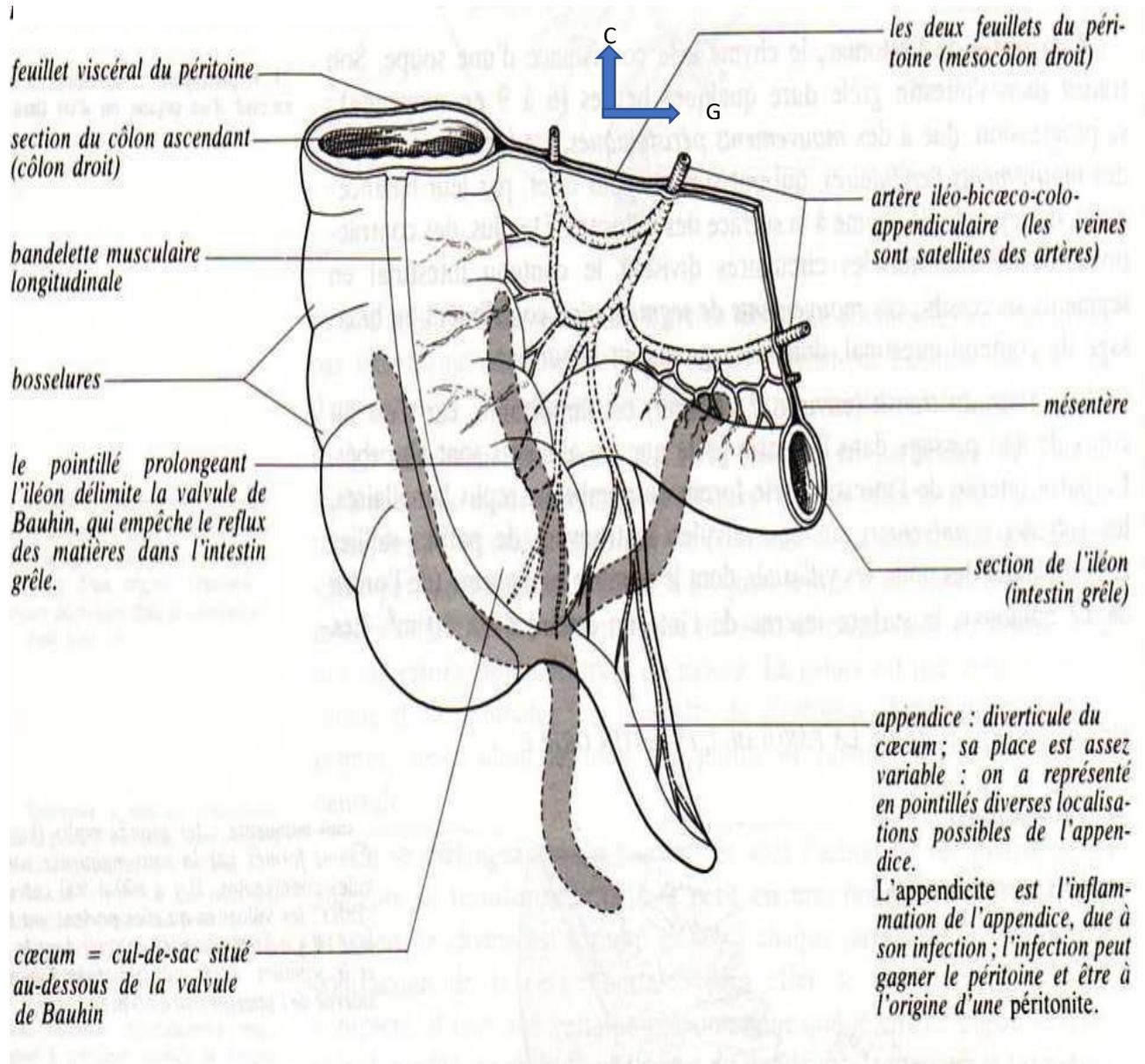


Figure 3: Schéma anatomique annoté de la jonction iléo-caecale [13]

3.2.7 L'innervation de l'appendice :

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

3.3 Les conséquences Physiopathologiques des péritonites appendiculaires :[1,14]

Sont celles des péritonites secondaires à un foyer septique intra péritonéale.

Elles sont locales et générales.

Les conséquences locales

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

Un troisième secteur est ainsi soustrait aux secteurs hydriques cellulaire et extracellulaire.

Cette séquestration hydro électrolytique et protidique est proportionnelle à la surface du péritoine infecté. Ces pertes liquidiennes atteignent 4 à 6 litres par jour lorsque la péritonite est généralisée. L'iléus paralytique est une conséquence locale précoce de la contamination septique du péritoine. En ventousant le foyer appendiculaire il participe au cloisonnement de l'infection par les adhérences fibrineuses qui unissent l'intestin, l'épiploon et le foyer appendiculaire ainsi est créé un rempart provisoire contre la généralisation de l'infection à toute la cavité péritonéale. Une éventuelle organisation fibrineuse de ces adhérences peut conduire à une péritonite plastique localisée soudant le carrefour iléocæco-appendiculaire entouré de l'intestin, de l'épiploon et la paroi abdominale constituant un blindage douloureux : le plastron appendiculaire. La production d'un exsudat intra péritonéale, en réaction à la contamination septique, est attirée par les mouvements respiratoires sous la coupole diaphragmatique droite et par la déclivité dans le cul-de-sac de Douglas

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

Les conséquences générales

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

La défaillance 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 que conduit à l'acidose métabolique avec accumulation notamment de l'acide lactique.

-Le retentissement respiratoire:

Est parallèle au retentissement cardiovasculaire.

Il répond à 2 mécanismes :

- la réduction de l'amplitude des mouvements diaphragmatiques avec atélectasie des bases pulmonaires et épanchement pleural réactionnel à la péritonite sous-jacente ;
- un œdème lésionnel par atteinte directe de la membrane alvéolo-capillaire.
- Le retentissement rénal, répond lui aussi à 2 mécanismes: défaut de perfusion secondaire à l'hypo volémie ; action directe des substances toxiques libérées dans la circulation.

3.4 . Les rappels cliniques : [11]

3.4. Le type de description : Péritonite appendiculaire généralisée chez un homme jeune de 25 ans vu tôt.

3.4.1.1. Les signes fonctionnels

Le diagnostic est clinique associant :

- Une douleur** continue, rapidement progressive, très intense, maximale dans la fosse iliaque droite, mais elle est souvent diffuse, sans irradiation.
- Des vomissements** alimentaires, puis bilieux, répétés et fréquents.
- Des troubles du transit:**
 - arrêt de matières et de gaz ;
 - parfois diarrhée.

3.4.1.2 Les signes généraux :

- La fièvre:** habituellement élevée supérieure à 38, 5° C.
 - L'état général:** est conservé au début mais le sujet est anxieux et le pouls filant.
- La tension artérielle (TA) est habituellement normale à ce stade.

3.4.1.3 Les signes physiques :

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

A l'inspection : diminution ou absence de la respiration abdominale ;

La palpation : mains réchauffées bien à plat en commençant par les endroits moins douloureux; trouve typiquement une contracture diffuse, invincible et douloureuse ; aux touchers pelviens : douleur vive au cul de sac Douglas.

3.4.1.4 Les examens para cliniques :

-**L'Echographie :** met en évidence des signes d'épanchement intrapéritonéale et identifie la lésion causale : l'appendicite surtout en cas de doute. Les signes d'appendicite à l'échographie sont : diamètre de la lumière appendiculaire supérieur à 6 mm, épaisseur de la paroi supérieur

à 3 mm, parfois infiltration de graisse péri appendiculaire et image en cône d'ombre postérieure illustrant un stercolite

-La radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) : montre :

Des signes occlusifs (distension gazeuse du grêle et du côlon avec des NHA) ; Un épanchement péritonéal (grisaille diffuse)

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

- Le scanner abdominal : n'est pas indispensable au diagnostic, il met en évidence les mêmes signes retrouvés à l'échographie avec plus de spécificité.

-La biologie : vient confirmer l'atteinte infectieuse péritonéale : un hémocrite supérieur à 50% témoigne une déshydratation extracellulaire ; hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles souvent supérieure à 15000/ mm³

3.4.1.5 . Le diagnostic différentiel d'une péritonite appendiculaire

-Les affections non péritonéales :

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

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

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

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

-Les péritonites diffuses :

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.

La présence d'un pneumopéritoine permet d'exclure l'origine appendiculaire, mais son absence n'exclut en rien la perforation d'un viscère creux. Plaideront en faveur de l'origine appendiculaire le début des douleurs dans la fosse iliaque droite et surtout l'absence d'élément orientant vers une autre étiologie :

- poussées douloureuses épigastriques antérieures ou prise récente ou continue de médicaments gastro toxiques évoquant une **perforation gastrique** ;
- Les crises douloureuses fébriles ou non, survenues antérieurement dans la fosse iliaque gauche chez un sujet de plus de 50 ans évoque **une péritonite sigmoïdienne** ;
- antécédents cardiovasculaires, thrombo-emboliques et surtout trouble du rythme, devant faire penser à **l'infarctus mésentérique**.

3.4.1.6 . Le traitement :

3.4.1.6.1 . Le but :

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

3.4.1.6.2 Moyens : sont médicaux et chirurgicaux :

3.4.1.6.2.1 Le moyen médical :

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

- la rééquilibration hydro – électrolytique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale ;
- la sonde naso-gastrique 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).

3.4.1.6.2.2 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 cœliochirurgie 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 cœliochirurgie.

3.4.1.6.3. Le 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%.(1)

METHODOLOGIE

III METHODOLOGIE :

4.1. Le type et la période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à recrutement rétrospectif du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2023, soit une durée totale de 17 ans.

4.2. Le cadre d'étude.

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale **CHU Bocar Sidy Sall de Kati**

4.2.1. La présentation du CHU Bocar Sidy Sall de Kati :

Ancienne infirmerie de garnison militaire française, elle fut créée en 1916 ; transformée en hôpital en 1967. Une année plus tard avec le changement de régime, l'infirmerie de garnison fut érigée en hôpital national en 1968. En 1992, il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA). Puis érigé en établissement public hospitalier en 2003. Il fut baptisé le 17 novembre 2016 au nom du CHU professeur Bocar Sidy SALL de Kati. Il est l'un des 4 grands hôpitaux de troisième référence du Mali. Il est situé en plein centre de la plus grande base militaire "camp Soundiata Keita " à 15 km au nord de Bamako.

Il est limité par :

- L'infirmerie militaire à l'est ;
- Le logement des médecins du CHU BBS de Kati à l'ouest ;
- Le camp du nord et une partie de l'infirmerie militaire au nord ;
- Le Prytanée militaire et le quartier Sananfara au sud.

De nos jours l'hôpital a connu un grand changement. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour ou sont en chantier c'est ainsi que nous avons 17 services dont 13 services techniques et 4 services administratifs et 3 unités :

• Les services techniques :

- ✓ Le service de chirurgie générale,
- ✓ Le service de traumatologie et d'orthopédie,
- ✓ Le service d'accueil des urgences (SAU),
- ✓ Le service d'anesthésie et réanimation,

- ✓ Le service d'imagerie médicale,
- ✓ Le service de gynéco-obstétrique,
- ✓ Le service de médecine interne,
- ✓ Le service de pédiatrie
- ✓ Le service de cardiologie,
- ✓ Le service d'odontostomatologie,
- ✓ Le service de kinésithérapie et d'acupuncture,
- ✓ Le service d'urologie,
- ✓ Le service d'ophtalmologie,
- ✓ Le laboratoire d'analyses biomédicales,
- ✓ La pharmacie hospitalière,

• **Les services administratifs :**

- ✓ L'agence comptable,
- ✓ Les ressources humaines,
- ✓ Le service social,
- ✓ La maintenance ;
- ✓ Le service d'hygiène.

• **Les Unités :**

- ✓ Unité de Chirurgie Maxillo-Faciale
- ✓ Unité de neuro-chirurgie
- ✓ La Morgue

4.2.2 Le service de chirurgie générale :

Le service de chirurgie générale occupe le premier étage d'un édifice à trois (3) niveaux, divisés en deux (2) ailes (Est et Ouest), réuni par une passerelle. Le deuxième abrite le service de médecine générale et le service de l'urologie. Au rez-de-chaussée se trouve la cardiologie et les bureaux de consultation des médecins à l'aile Est.

▪ Le service a une capacité de 33 lits, repartis comme :

o Deux salles de première catégorie ;

o Cinq salles de deuxième catégorie ;

o Sept salles de troisième catégorie ;

o En plus deux (2) salles de gardes, une (1) salle de soins, un bureau pour le chirurgien généraliste attaché de recherche, un (1) bureau pour le chirurgien, un (1) bureau pour l'IBOBE et un (1) bureau pour le surveillant du service.

4.2.2.1 Personnel :

✓ Chef de service chirurgien généraliste, maîtres de conférences à la FMOS,

✓ Un chirurgien généraliste maître de conférences agrégé à la FMOS,

✓ Un chirurgien généraliste praticien hospitalier

✓ Un chirurgien chargé de recherche praticien hospitalier,

✓ Un infirmier du bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE),

✓ Trois techniciens supérieurs de santé,

✓ Cinq techniciens de santé pour renforcer la garde,

✓ Trois étudiants hospitaliers faisant fonction d'interne,

✓ Des étudiants de la FMOS faisant fonction d'externe

✓ Des médecins en spécialisation

4.2.2.2 Le bloc opératoire est composé de :

Trois (3) salles d'opération (salle I, II, III) dont deux pour la chirurgie programmée et une pour la chirurgie non programmée dont nous avons en partage avec les chirurgiens orthopédistes et traumatologues ;

Une salle de réveil non fonctionnelle ;

Un hall de lavage des mains entre salle I et II ;

Une salle de stérilisation et un vestiaire ;

Un bureau pour le major ;

Une salle de garde des infirmiers anesthésistes ;

Deux (2) magasins.

4.2.2.3 Les activités du service :

Les activités du service se résument en des :

- Consultations externes : du lundi au vendredi,
- Hospitalisations,
- Interventions chirurgicales programmées sont lundi et jeudi, des urgences chirurgicales sont prises en charge tous les jours.
- Visite : du lundi au vendredi
- Staff : du lundi au vendredi

4.3 L'échantillonnage :

Nous avons réalisé un échantillonnage non probabiliste de type exhaustif des patient opérés pour péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire.

4.4 La collecte des données :

Les données ont été à travers :

- Une fiche d'enquête préétablie et testée pour les variables ;
- Les dossiers des patients dans le service
- Les registres de consultation, d'hospitalisations et de comptes rendus opératoires du service

4.4.1. Les critères d'inclusion : ont été retenus dans l'étude :

- tous les patients opérés dans le service pour péritonite appendiculaire ;
- tous les patients dont le dossier était complet et exploitable

4.4.2 . Les critères de non inclusion :

N'ont pas été retenus pour l'étude :

- les patients opérés pour autres étiologies des péritonites ;
- les patients dont les dossiers étaient incomplets et non exploitables ;
- les patients des péritonites appendiculaires non opérés dans le service.

4.4.3 . Les critères opérationnels :

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

- un recueil des données administratives (nom, prénom, âge, adresse) des signes fonctionnels (douleur, fièvre, vomissements), les antécédents

Le motif de consultation est celui qui est écrit sur la fiche de consultation ;

- un examen physique à la recherche de signes importants (douleur provoquée, défense abdominale voir contracture, cri de l'ombilic et douleur dans le Douglas) ;
- des examens complémentaires en particulier radiologique (ASP,

Echographie abdominale), biologiques (groupage sanguin rhésus, taux d'hémoglobine et d'hématocrite voire glycémie et créatininémie) ;

-le prélèvement de pus a été systématique pour l'identification des principaux germes couplés à l'antibiogramme.

-Le score de **Mannheim (MPI)** a servi pour l'évaluation du pronostic vital

Tableau I : Score de MANNHEIM (MPI) :

PARAMETRES	DONNEES	Points
Age en année	> à 50	5
	≤50	0
Sexe	Féminin	5
	Masculin	0
Défaillance viscérale	Présente	7
	Absente	0
Malignité	Présente	4
	Absente	0
Délais de prise en > à 24H	Présente	4
	Absente	0
Foyer primaire	Pas dans le Colon	4
	Dans le Colon	0
Péritonite généralisée diffuse	Présente	6
	Absente	0
Nature de liquide péritonéal	Claire	0
	Visqueux	6
	Purulent	12

INTERPRETATION : Score minimal= 0 Score maximal=47MPI

MPI > 26 : Mauvais pronostic.

MPI < 26 : Bon pronostic.

4.4.4 .Le suivi des patients :

Le suivi des malades a été effectué sur rendez-vous au service, ou par personne contacte au téléphone (agent de santé) après l'intervention.

Le temps maximal de suivi a été de 6 mois.

4.5 Les supports :

Les supports utilisés étaient :

- des dossiers médicaux des malades ;
- des registres d'hospitalisation ;
- des registres consignant les comptes rendus opératoires ;
- des registres de consultations externes ;
- le protocole d'anesthésie ;

4.6 . Le saisie et l'analyse des données

-les données ont été saisies sur le logiciel Word 2016, analysés par SPSS10 version française et traitées sur les logiciels Excel 2016 avec différence significative si P inférieur ou égal 0,05.

4.7 . Les considérations éthiques :

Tous nos patients ont bénéficié d'un counseling associé au consentement éclairé verbal avant l'intervention chirurgicale.

RESULTATS

IV .RESULTATS :

5.1 . Les données sociodémographiques :

5.1.1. La fréquence :

Durant la période d'étude, les péritonites appendiculaires ont représenté :

Consultations chirurgicales : 1,8% (216/11632) ;

Hospitalisations : 5,2% (216/4112) ;

Interventions chirurgicales : 6,6% (216/3248) ;

Interventions chirurgicales d'urgence : 14% (216/1536) ;

Péritonites aiguës : 40% (216/543).

5.1.2. Le sexe :

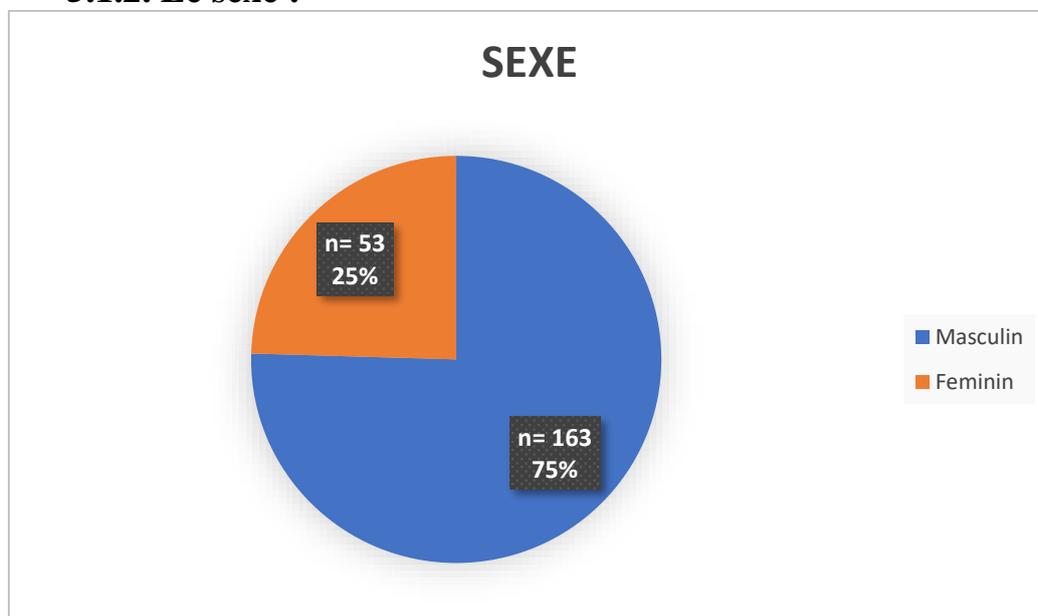


Figure 4: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était majoritaire soit 75% avec un sex-ratio de 3. 1

5.1.3. L'âge :

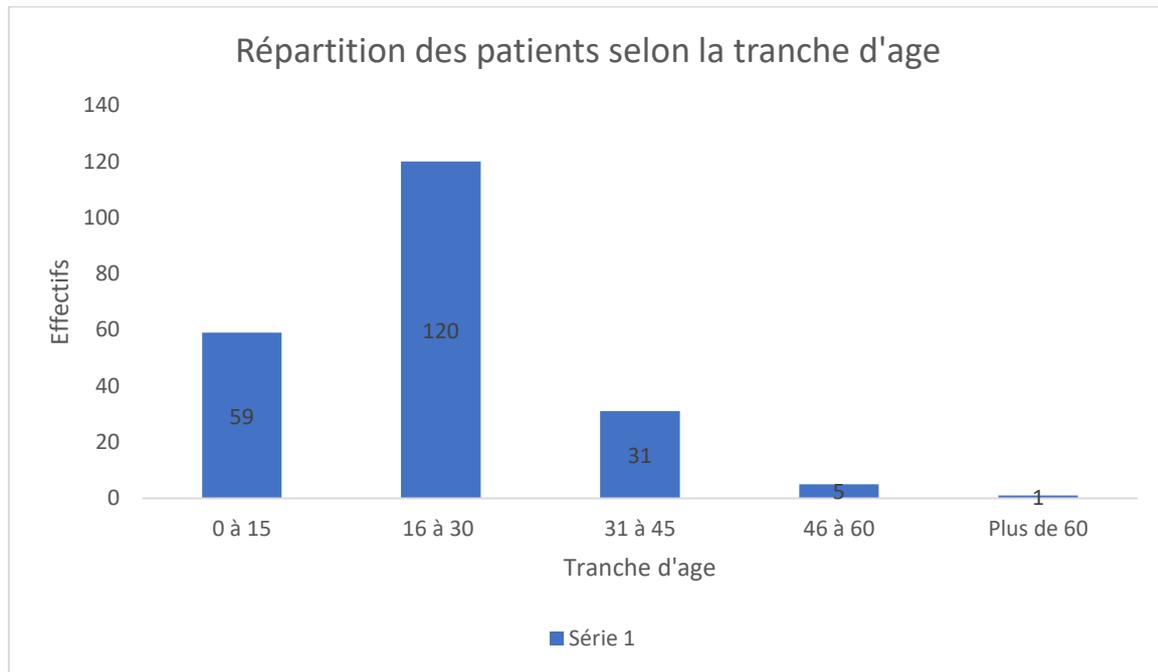


Figure 5: Répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âge allant de 16 à 30 a été majoritaire avec 55,6% des cas

La moyenne d'âge était de 25,6 ans avec des extrêmes de 9 ans et 65 ans.

Ecartype =8

5.1.4. La résidence :

Tableau II: Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Kati	163	75,5
Bamako	23	10,6
Autres villes	30	13,9
Total	216	100

La majorité de nos patients résidait dans le cercle de Kati avec 75,5% des cas
 Autres villes=il s'agit des autres villes du Mali différentes du district de Bamako et le cercle de Kati

5.1.5. La couche socio-professionnelle :

Tableau III : Répartition des patients selon la couche socio-professionnelle

couche socio-professionnelle	Effectifs	Pourcentage
Etudiants/Elèves	80	37,0
Cultivateurs	55	25,5
Ouvriers	25	11,6
Commerçants	13	6,0
Maçons	2	0,9
Femmes au foyer	23	10,6
Fonctionnaires	18	8,3
Total	216	100

La majorité de nos patients était des élèves ou étudiants avec 37% des cas

5.2 Les données cliniques :

5.2.1. Le mode d'admission :

Tableau IV : Répartition des patients selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Non référé	103	47,7
Référé	113	52,3
Total	216	100

52,3% de nos patients nous ont été référés par d'autres structures de santé

5.2.2. Le mode de recrutement dans le service :

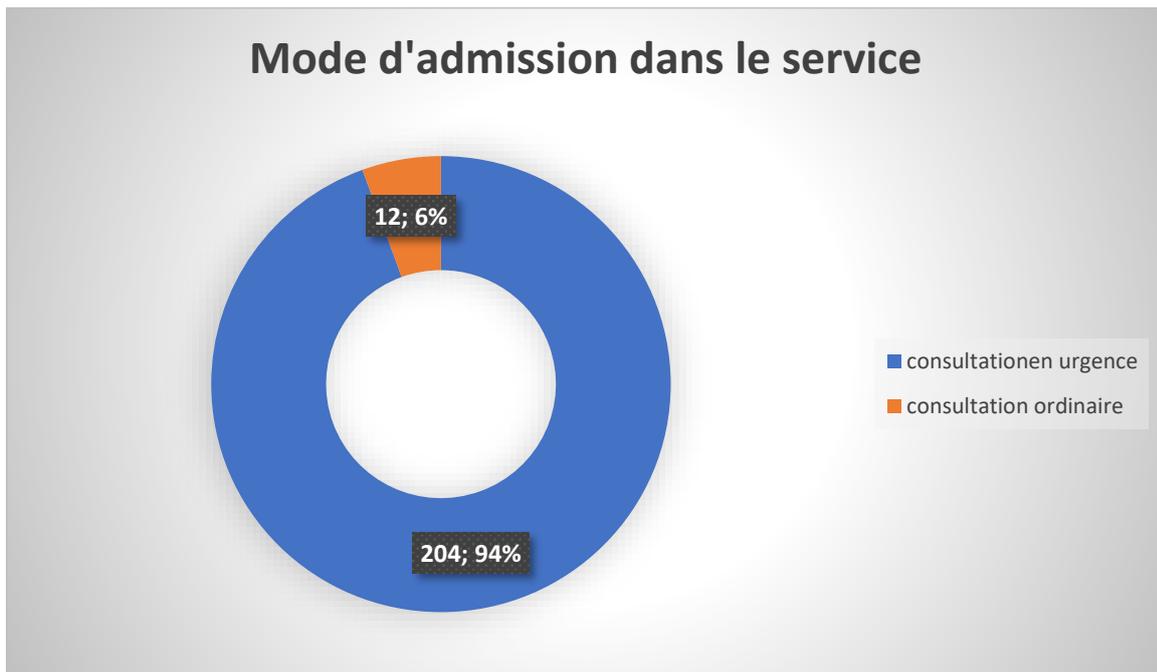


Figure 6 : Répartition des patients selon le mode de recrutement

94% des patients ont été reçu en urgence dans le service

5.2.3. Le motif de consultation :

Tableau V : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif	Effectifs	Pourcentage
Douleur abdominale seule	212	98,2
Douleur abdominale +vomissements	2	0,9
Douleur abdominale +AMG	2	0,9
Total	216	100

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

5.2.4. Le délai de consultation :

Tableau VI : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectifs	Pourcentage
inf à 24 heures	23	10,6
24 à 48 heures	44	20,4
Sup à 48 heures	149	69
Total	216	100

Le délai moyen de consultation était de 96 heures

5.2.5. Les antécédents médicaux :

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédent médical	Effectifs	Pourcentage
HTA	1	0,5
Diabète	7	3,2
Drépanocytose	1	0,5
Asthme	3	1,4
Absent	204	94,4
Total	216	100

La majorité de nos patients avec 94 ,4% était sans antécédent médical

5.2.6. Les antécédents chirurgicaux :

Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédent chirurgical	Effectifs	Pourcentage
Inguinotomie bilatérale	3	1,4
Inguinotomie unilatérale	9	4,2
Césarienne	2	0,9
Absent	202	93,5
Total	216	100

Une inguinotomie unilatérale ou bilatérale avait été réalisé chez 5,6 % de nos patients

5.2.7. Les signes fonctionnels :

Tableau IX. Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectifs	Pourcentage
AMG	73	33,8
Vomissements	183	84,7
Douleur abdominale	216	100

La douleur abdominale a été le signe fonctionnel le plus représenté avec 100%

5.2.7.1 Le siège initial de la douleur :

Tableau X : Répartition des patients selon le siège initial de la douleur

Siège initial	Effectifs	Pourcentage
Abdominale diffuse	52	24,1
FID	162	75
Hypochondre droit	2	0,9

La douleur a débuté dans la FID dans la majorité des cas avec 75%

5.2.7.2. Le mode d'installation de la douleur :

Installation de la douleur

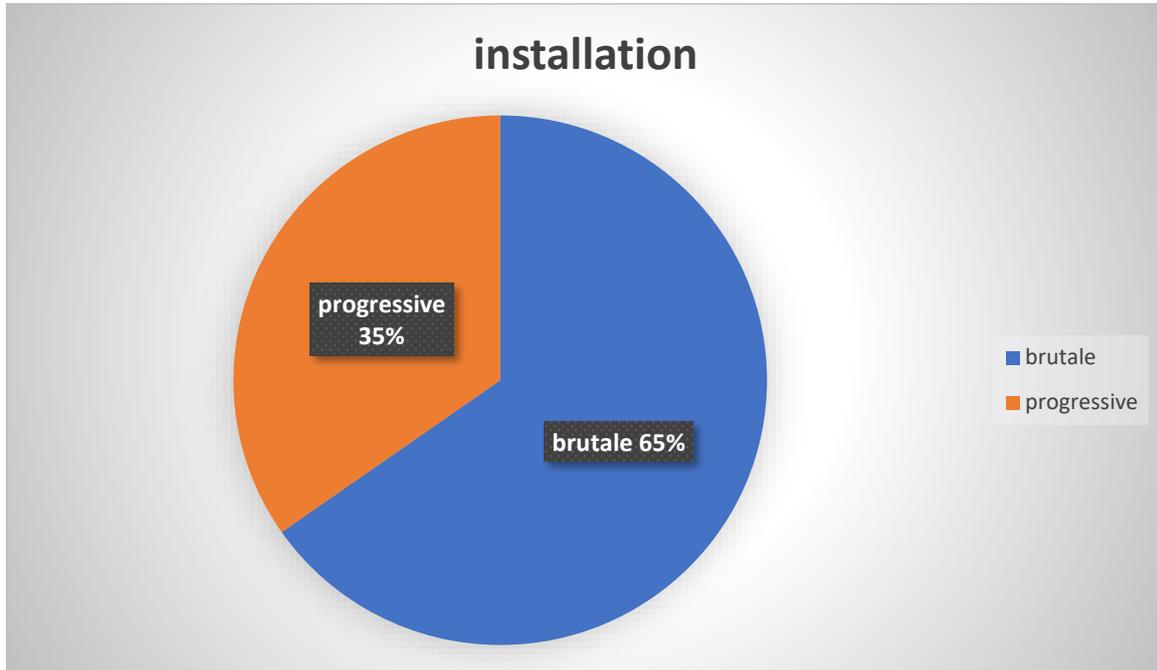


Figure 7 : Répartition des patients selon le mode d'installation de la douleur

L'installation de la douleur était brutale dans la majorité avec 65% des cas

5.2.7.3.L'intensité de la douleur :

Tableau XI : Répartition des patients selon l'intensité de la douleur

Intensité	Effectifs	Pourcentage
Modérée	16	7,4
Intense	144	66,7
Très intense	55	25,5
Total	216	100

La douleur était intense chez 66,7% de nos patients

5.2.7.4.Le type de la douleur :

Tableau XII : Répartition des patients selon le type de douleur

Type	Effectifs	Pourcentage
Brulure	28	13,0
piqûre	160	74,1
Torsion	13	6,0
Poignard	14	6,5
Picotement	1	0,5
Total	216	100

Une douleur à type de piqure a été rapportée par la majorité des malades avec 74,1%

5.2.7.5.L'évolution de la douleur :

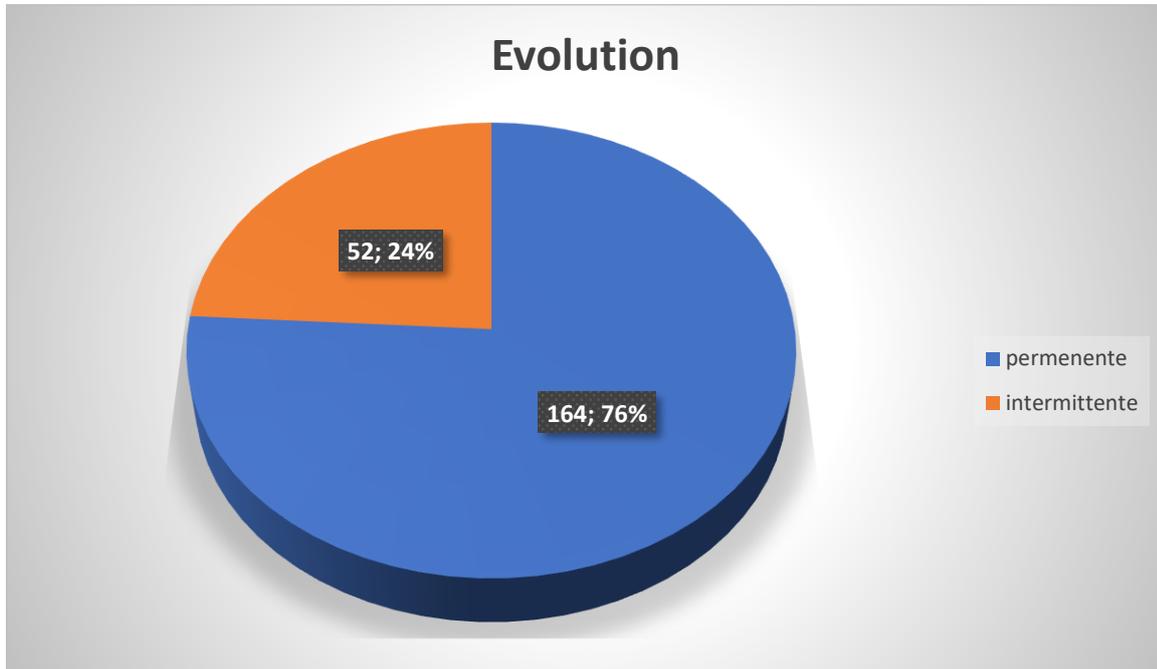


Figure 8: Répartition des patients selon l'évolution de la douleur

La douleur était d'évolution permanente dans la majorité des cas avec 76%

5.2.8. Les signes généraux :

5.2.8.1. L'état général :

Tableau XIII. Répartition des patients selon l'état général

Score de l'OMS	Effectifs	Pourcentage
1	6	2,8
2	165	76,4
3	45	20,8
4	00	00
Total	216	100

L'indice de performance d'OMS a été coté grade 2 chez 76,4% de nos patients

Scores de l'OMS

NB : Indice de performance d'OMS

0=Aucune restriction activité physique

1=Activité physique diminuée, travail

2=Soins de lui-même, incapable de travailler

3=Alité ou en chaise supérieure à 50% du temps

4=Alité ou en chaise en permanence

5.2.8.2. Les signes généraux :

Tableau XIV: Répartition des patients selon les signes généraux

Signes généraux	Effectifs	Pourcentage
Fièvre	180	83
Pouls accéléré	148	68
Polypnée	32	14,8
Hypotension	22	10,2

La majorité de nos patients (83%) présentaient une fièvre, associée à une accélération du pouls (68%), de polypnée (14,8%), et une hypotension (10,2%)

5.2.9. Les signes physiques :

5.2.9.1. Les signes à l'inspection :

Tableau XV: Répartition des patients selon le résultat de l'inspection

Signes à l'inspection	Effectifs	Pourcentage
Cicatrice d'intervention	12	5,55
Respiration abdominale diminuée ou abolie	180	83,3
Distension abdominale	89	41,2

5.2.9.2. Les signes à la palpation :

Tableau XVI : Répartition des patients selon le résultat de la palpation

Signes à la palpation	Effectifs	Pourcentage
Douleur à la palpation	216	100
Défense abdominale	90	41,2
Contracture abdominale	181	83,8
Cri de l'ombilic	201	93,1

La contracture abdominale était présente chez 83,8 % de nos patients

5.2.9.3. Les signes à la percussion :

Tableau XVII : Répartition des patients selon le résultat de la percussion

Signe à la percussion	Effectifs	Pourcentage
Matité pré hépatique	200	92,6
Tympanisme	58	26,8
Matité des flancs	75	34,7

34,7 % de nos patients présentaient une matité des flancs à la percussion

5.2.9.4. Les signes à l'auscultation :

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le résultat de l'auscultation

Signes à l'auscultation	Effectifs	Pourcentage
Diminution des BHA	103	47,7
Silence abdominal	3	1,4
Normal	110	51,9
Total	216	100

L'auscultation abdominale était normale chez 51,9% de nos patients

5.2.9.5. Les signes au TR

Tableau XIX : Répartition des patients selon le résultat du TR

Signes au TR	Effectifs	Pourcentage
Bombé et douloureux	143	66,2
Non bombé mais douloureux	69	31,9
Normal	4	1,9
Total	216	100

Le CSD était bombé et douloureux chez 66,2% de nos patient

5.3. Les examens complémentaires :

5.3.1. L'échographie abdominale :

Tableau XX : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie

Echographie	Effectifs	Pourcentage
Epanchement	40	18,5
aspect d'appendicite	31	14,4
Non fait	56	25,9
Epanchement +appendicite	89	41,2
Total	216	100

L'échographie réalisée chez 74,1% de nos patients a objectivé un épanchement chez les 59,7 %

5.3.2. L'ASP :

Tableau XXI : Répartition selon le résultat de l'ASP

ASP		Effectifs	Pourcentage
Fait	Grisaille diffuse	38	17,6
(n=39)	NHA	1	0,5
Non fait		177	81,9
Total		216	100

Chez les 39 patients ayant réalisé l'ASP une grisaille diffuse a été noté dans 38 cas soit 97,4 %

TDM : Elle n'a été réalisée chez aucun de nos patients

5.3.3. La NFS :

Tableau XXII : Répartition des patients selon la numération formule sanguine

Taux de leucocytes	Effectifs	Pourcentage
inf à 10000	30	13,9
10000 à 15000	88	40,7
Sup à 15000	98	45,4
Total	216	100

Une hyperleucocytose a été notée chez 86,1% de nos patients

5.3.4. Le groupe sanguin et le rhésus :

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le groupe sanguin et rhésus

Groupe/rhésus	Effectifs	Pourcentage
A+	91	42,1
B+	48	22,2
AB+	24	11,1
O+	51	23,6
O-	2	0,9
Total	216	100

Le groupe A rhésus positif était majoritaire dans notre étude avec 42,1% des cas

5.4. Le diagnostic préopératoire :

Tableau XXIV: Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectifs	Pourcentage
Péritonite aigue	30	13,9
Péritonite appendiculaire	169	78,3
Occlusion intestinale	2	0,9
Abcès appendiculaire	8	3,7
Appendicite aigue	7	3,2
Total	216	100

Le diagnostic préopératoire de 77,3% de nos patients a été la péritonite appendiculaire.

5.5. TRAITEMENT :

5.5.1. Le traitement reçu avant l'admission :

Tableau XXV : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'admission

Traitement	Effectifs	Pourcentage
Antalgique +antibiotique	155	71,8
Antalgique seul	50	23,1
Traditionnel	89	41,2
Aucun	11	5,1
Total	216	100

La majorité de nos patients soit 71,8% avaient reçu un traitement médical à base d'antalgique + antibiotique avant leur admission

5.5.2. Le traitement dans le service :

5.5.2.1. Le traitement médical :

Réanimation hydro électrolytique pré per et post opératoire

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

- perfusions de solutés de cristalloïdes et ou de colloïdes
- mise en place d'une sonde urinaire, de sonde naso-gastrique,
- bi antibiothérapie à base de ceftriaxone (1 à 2g toutes les 12 heures) et de métronidazole 500mg toutes les 8 heures
- une diète jusqu'à la reprise du transit
- administration d'antalgiques (paracétamol associé à néfopam)

La transfusion a été réalisée chez 2 de nos patients soit 0,9 %

5.5.2.2. Le traitement chirurgical :

5.5.2.2.1. Le compte rendu opératoire :

➤ **Le type d'anesthésie :**

Anesthésie générale + intubation oro-trachéale a été effectuée chez tous nos patients

➤ **Le type d'incision :**

Tableau XXVI: Répartition des patients selon le type d'incision

Type d'incision	Effectifs	Pourcentage
Médiane sous ombilicale	51	23,6
Xypho -sus pubienne	156	72,2
Au point de Mc Burney	9	4,2
Total	216	100

Une incision médiane xypho-suspubienne a été réalisée chez 72,2 % de nos patients

➤ **La quantité de pus aspirée :**

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la quantité d'épanchement

Quantité de pus	Effectifs	Pourcentage
Moins de 100cc	16	7,4
100 à 500cc	109	50,5
500 à 1000cc	85	39,4
Plus de 1000cc	6	2,8
Total	216	100

La quantité de pus aspiré était inférieure ou égale à 500ml dans 57,9 % des cas

➤ **L'aspect de l'appendice en peropérateur :**

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'aspect de l'appendice

Aspect de l'appendice	Effectifs	Pourcentage
Perforé	125	57,8
Abcédé	44	20,4
Gangréné	36	16,7
Phlegmoneux	11	5,1
Total	216	100

L'appendice était perforé dans 57,8% des cas

➤ **Le diagnostic peropérateur :**

Tableau XXIX : Répartition des patients selon le diagnostic per opérateur

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
péritonite aigu généralisé d'origine appendiculaire(1)	214	99,1
1 + nécrose du Coecum	2	0,9
Total	216	100

La péritonite aigue généralisée d'origine appendiculaire était le diagnostic retenu en per opérateur chez tous nos patients; Deux patients avaient une nécrose du coecum associée

➤ **Les gestes chirurgicaux effectués :**

Tableau XXX : Répartition des patients selon le geste effectué

Gestes	Effectifs	Pourcentage
Appendicectomie + lavage +drainage (1)	214	98,1
1 +iléostomie terminale	2	0,9
Total	216	100

L'appendicectomie associée au lavage et drainage de la cavité péritonéale a été réalisée chez tous nos patients ; une iléostomie terminale a été faite chez 2 patients.

➤ **Score pronostic de Mannheim :**

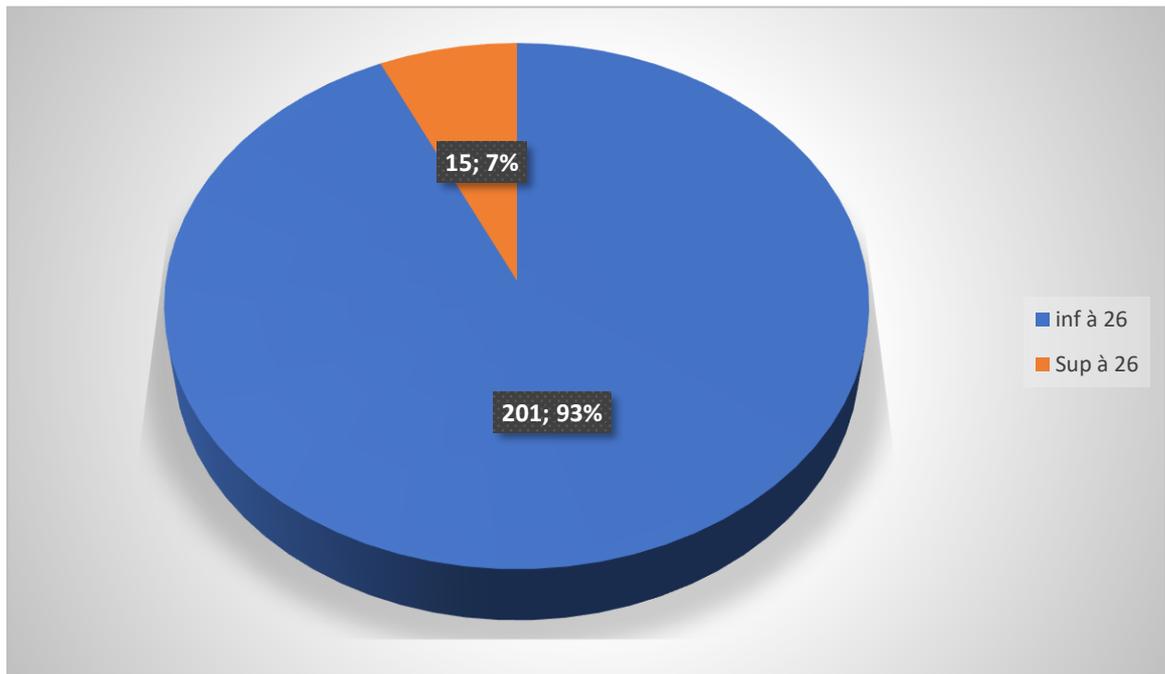


FIGURE 9 : Répartition des patients selon le score de Mannheim

Le score pronostic de Mannheim était inférieur à 26 dans la majorité des cas avec 93%

5.5.2.2.2. Examen cyto bactériologique et chimique

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le résultat de l'examen **cyto bactériologique et chimique (ECBC) du pus**

Résultat	Effectifs	Pourcentage
Culture stérile	18	8
Escherichia coli	12	5
Staphylococcus aureus	3	1,4
Klebsiella	2	0,9
Non fait	171	79

La culture était stérile chez 8 % de nos malades ; Escherichia coli a été le germe le plus retrouvé ; la majorité de nos patients n'ont pas pu bénéficier de prélèvement pour ECBC

5.5.2.2.3. L'antibiogramme :

Tableau XXXII : La sensibilité des germes aux antibiotiques testés

Germes	Antibiotiques
Escherichia coli	Imipenem, Gentamycine, Amikacine, Ceftriaxone, Cefixime, Ciprofloxacine, Amoxicilline-acide clavulanique
Staphylococcus aureus	Cefalotine, céfixime, ceftriaxone, ceftazidime, érythromycine, acide fucidique
Klebsiella	-gentamycine ; amikacine Ceftriaxone ; cefotaxime ; ceftazidime

5.5.2.2.4. La résistance des germes aux antibiotiques :

Tableau XXXIII : La résistance des germes aux antibiotiques

Germes	Antibiotiques
Escherichia coli	Doxycycline ; ampicilline
Staphylococcus aureus	Pénicilline G, Amoxicilline, Ampicilline, Amoxicilline+ Acide clavulanique
Klebsiella	Amoxicilline + Acide clavulanique Norfloxacin ; ciprofloxacine

5.6. Les suites opératoires :

5.6.1. Les suites opératoires immédiates :

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon les suites opératoires immédiates

Complications pendant l'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
Absentes	190	88
Péritonite post opératoire	1	0,5
Fistule digestive	2	0,9
Suppuration pariétale	23	10,6
Total	216	100

Les suites opératoires immédiates ont été simples chez 88 % de nos patients

5.6.2. La durée d'hospitalisation :

Tableau XXXV : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée	Effectifs	Pourcentage
0 à 5 jours	73	33,8
6 à 10	110	51,2
11 à 15	24	11,1
Plus de 15 jours	8	3,9
Total	216	100

La durée moyenne d'hospitalisation était 6,5 jours avec des extrêmes allant de 4 jours à 27 jours

5.6.3. Les suites opératoires à un (1) Mois :

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon les Suites opératoire à 1 Mois

Suites à 1 Mois	Effectifs	Pourcentage
Simple	209	96,7
Eventration post opératoire	5	2,3
Occlusion intestinale	2	0,9
Total	216	100

Les suites opératoires ont été simples chez 96,8 % de nos patients après 1 Mois

5.6.4. La mortalité :

Nous déplorons 1 cas de décès par choc septique soit 0,5 %

5.7. L'analyse bi variable :

5.7.1. L'âge et les complications :

Tableau XXXVII : L'âge et les complications

Complications Age	Oui		Non		Total	
	Effectifs	pourcentage	effectifs	pourcentage	Effectifs	pourcentage
0 à 15	8	3,7	51	23,6	59	27,3
16 à 30	17	7,9	103	47,7	120	55,6
31 à 45	9	4,2	22	10,2	31	14,3
46 à 60	3	1,4	2	0,9	5	2,3
Plus de 60	1	0,5	0	00	1	0,5
Total	38	17,6	178	82,4	216	100
Khi-deux= 15,32		ddl= 4		p=0,004		

Le risque de complications augmentait avec l'âge.

5.7.2. Le sexe et les complications :

Tableau XXXVIII : Le sexe et les complications

Complications Sexe	Oui		Non		Total	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	pourcentage	Effectifs	pourcentage
Masculin	27	12,5	136	63	163	75,5
Feminin	11	5,1	42	19,4	53	24,5
Total	38	17,6	178	82,4	216	100
Khi-deux=0,998		ddl= 1		p=0,318		

La différence de sexe n'avait pas d'incidence sur le risque de complication

5.7.3. Le délai de consultation et les complications :

Tableau XXXIX : Délai de consultation et complications

Complications Délai de Consultations	Oui		Non		Total	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	pourcentage	Effectifs	pourcentage
Inférieur à 24 heures	7	3,2	29	13,4	36	16,7
24 à 48 heures	19	8,8	130	60,2	149	69
Supérieur à 48 heures	12	5,6	19	8,8	31	14,3
Total	38	17,6	178	82,4	216	100

Khi-deux= 0,368

ddl= 2

p=0,832

Le retard de consultation était associé à la survenu de complication

Tableau XL : Durée d'hospitalisation et complications

Complications Durée En Jours	Oui		Non		Total	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
0 à 5 jours	0	0	73	33,8	73	33,8
6 à 10	6	2,8	106	49,1	110	51
11 à 15	24	11,1	0	0	24	11,1
Plus de 15 jours	8	3,7	0	0	8	3,7
Total	38	17,6	178	82,4	216	100

Khi-deux= 176,871265

ddl =4

p= 3,5027E-37

Une longue durée d'hospitalisation a été observée chez les malades victimes de complications

COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

V LES COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

6.1 . La méthodologie :

Nous avons réalisé étude transversale descriptive et analytique à recrutement rétrospectif du 1er Janvier 2007 au 31 Décembre 2023, soit une durée totale de 17 ans. Elle a portée sur 216 patients opérés pour péritonite aiguë d'origine appendiculaire.

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

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

- Le mauvais archivage.
- L'insuffisance du plateau technique rendant impossible la réalisation de certains bilans en urgence.

6.2 . L'épidémiologie :

6.2.1 . La fréquence :

➤La fréquence de la péritonite appendiculaire selon les auteurs :

Tableau XLI : Fréquence de la péritonite appendiculaire selon les auteurs

Auteurs	Fréquence	P
YAOKREH J.B.[15] (Côte d'ivoire, 2015)	47,9 %	0,11
OUANGRE E (Burkina Faso) 2013[7]	33%	0,10
TOURE S [4] (Mali 2022)	55,15%	0,02
Notre étude (2023)	40%	

Au cours de notre étude, la péritonite appendiculaire a représenté 40% des péritonites aiguës au CHU BSS de Kati.

Ce taux est similaire aux études menées par Ouangre E au Burkina Faso en 2013 et YAOKREH J.B en Côte d'Ivoire en 2015 qui ont trouvé respectivement 33% et 47,9%[7,15].

Par contre TOURE S [4]au CSRéf de la commune I a trouvé un taux statistiquement supérieur Cette hausse du taux par rapport à notre étude pourrait s'expliquer par le lieu et la durée de l'étude.

6.2.2 . L'âge selon les auteurs :

Tableau XLII : Âge moyen selon les auteurs :

Auteurs	Âge moyen	Effectifs
Harouna Y. NIGER[17] (2005)	26	70
KONE.A [16]Mali (2020)	28.4	42
MARIAGE M.[18] France (2016)	39.8	89
Notre série 2023	25,6	216

L'âge moyen de nos patients était de 25,6 ans avec des extrêmes de 9 ans et 65 ans.

Cette moyenne est :

- similaire à celle de HAROUNA Y. au Niger en 2005 qui a trouvé 26 ans[17].
- Inférieure à celles de MARIAGE M.[18] France en 2016 et KONE .A au Mali en 2018 qui ont respectivement trouvé 39,8 ans et 28,4 ans[16 ,18].

6.2.3 . Le sex-ratio :

➤ **Le sex-ratio selon les auteurs :**

Tableau XLIII : Sex-ratio selon les auteurs

Auteurs	Sex-ratio	Effectifs
DIARRA M.O[2] (2018) Sikasso	2,44	31
TOURE S.[4] (2022) CS Réf CI	2,75	75
MARIAGE M. [18] France (2016)	1,22	89
Notre série 2023	3,1	216

Le sexe n'étant pas un facteur de risque des péritonites ; cependant, la prédominance masculine observée dans notre étude est en accord avec les différents auteurs : DIARRA M.O :2,44 ; MARIAGE M :1,22 et TOURE .S :2,75[3 ,4 ,18].

6.3 . L'étude clinique :

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

6.3.1 . Le délai de consultation :

➤ Le délai de consultation selon les auteurs :

Tableau XLIV : Délai moyen de consultation selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Délai moyen (jours)
MARIAGE M.[18] France (2016)	89	1
BAKHOU A. [19] Maroc (2012)	63	5
KONE A.[16] (2020) CSRéf CII	42	5,4
Notre étude 2023	216	4

Un long délai de consultation est observé dans les séries africaines en moyenne entre 5-6 jours, contre seulement 1 jour en France.

Le délai moyen de consultation dans notre étude était de 4 jours qui reste proche de celui des auteurs africains (BAKHOU A : 5 jours; KONE A :5,4 jours[16 ,19]).

Ce délai reste supérieur à celui observé dans les séries françaises [11,18]

Ce retard de consultation serait lié :

- Au recourt à l'automédication et au traitement traditionnel en première intention,
- Au manque de moyens financiers
- À l'insuffisance de la couverture sanitaire,
- À l'organisation du système national de santé.

6.3.2 . Les signes cliniques :

L'agression chimique et/ou septique du péritoine, dans la péritonite, entraîne de profondes modifications à la fois péritonéales et systémiques avec des retentissements local et général qui sont à l'origine des signes suivants.[10]

6.3.2.1 Les signes fonctionnels :

➤ Les principaux signes fonctionnels selon les auteurs :

Tableau XLV : Les principaux signes fonctionnels selon les auteurs

Signes fonctionnels

Auteurs	Douleur abdominale	Vomissements	AMG
JHOBTA R.S.[20] Inde			
2006	95%	81%	
N = 504			
BAKHOU A.[19] Maroc			
2012	100%	96%	19%
N = 63			
DIARRA M.O.[2] Mali			
2018	100%	80,6%	6,4
N = 31			
Notre Etude 2023			
N = 216	100%	84,7%	33,8%

La douleur abdominale était le maître symptôme dans la quasi-totalité des cas (96%). Elle reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs : BAKHOU A. Maroc en 2012, DIARRA M.O. Mali en 2018 et JHOBTA R.S. Inde en 2006. Ce résultat est conforme aux données de la littérature[3 , 19 ,20].

Dans notre étude cette douleur était accompagnée de nausées et vomissements chez 84,7% des malades. 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[21].

6.3.2.2 . Les signes généraux :

La rapidité d'installation des signes généraux est en corrélation avec la sévérité de la contamination péritonéale.[11]

La fièvre habituellement élevée dès le début a été chiffrée chez 83% de nos patients. Ce taux est comparable à celui de CAMARA B. 85,7% et différente celui de DIARRA M.O. 41,9%. Cette différence pourrait s'expliquer par le retard de consultation de nos patients [22 , 3].

6.3.2.3 . Les signes physiques :

➤ Les signes physiques selon les auteurs :

Tableau XLVI: Signes physiques selon les auteurs

Signes physiques

Auteurs	Défense localisée	Contracture abdominale	Douleur du cul de sac de Douglas
TOURE S.[4] Mali			
2022	23%	77%	75%
N = 75			
BAKHOU A.[19]			
Maroc 2012	76%	11%	47%
N = 63			
DIARRA M.O.[2]			
Mali 2018	19,4%	80,6%	100%
N = 31			
Notre étude			
2023	41,2	83,8%	98,1%
N = 216			

Le diagnostic de péritonite est avant tout clinique.

La contracture abdominale est le signe physique majeur[11]. Si l'examen est précoce elle peut être localisée ou se limiter à une simple défense généralisée ou localisée qui a la même signification sémiologique[11 ,23]. Elle a été notée chez 83,8% de nos patients. Ce taux varie entre 20,8% à 89% selon les auteurs[24–28].

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

La douleur dans le cul de sac de Douglas présente un intérêt diagnostique dans le syndrome péritonéal et témoigne l'irritation péritonéale. Elle a été notée chez 98,1% de nos malades. Ce taux est similaire à celui de DIARRA M.O 100%, mais supérieur à celui de BAKHOU A 47%[3 ,19]. Cette différence pourrait être liée au stade d'évolution de la maladie.

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

6.3.3 . Les examens complémentaires :

La péritonite appendiculaire réalise un tableau de péritonite aiguë dont le diagnostic est essentiellement clinique. La confirmation est per opératoire.

Aucun examen (imagerie, biologie) n'est indispensable et ne doit pas retarder la sanction chirurgicale qui s'impose en urgence mais utile pour dépister les causes ou les complications de la péritonite[11,29,30].

➤ L'imagerie médicale demandée selon les auteurs :

Tableau XLVII : Imagerie médicale demandée selon les auteurs

Auteurs	Échographie abdominale	ASP	TDM abdominale
TOURE S[4] Mali			
2022 N = 75	100%	16%	Non demandée
MARIAGE M.[18]			
France 2016 N = 29	40,5%	Non demandée	86,5%
DIARRA M.O. [2]			
Mali 2018 N = 31	90,3%	51,6%	Non demandée
Notre étude			
2023 N = 216	74,1%	18,1%	Non demandée

L'échographie abdominale est devenue un examen courant dès lors que le diagnostic clinique n'est pas typique ou pour éliminer certains diagnostics différentiels[31].

Les signes positifs sont une structure tubulaire de plus de 6 mm de diamètre et parfois un stercolithe intraluminal non visible à l'ASP. Il est également possible de voir un épanchement dans la cavité péritonéale péri appendiculaire (abcès) ou diffus (péritonite). L'absence d'épanchement n'élimine en rien une péritonite[31].

Elle a été demandée chez 74,1% de nos patients contre 90,3% dans l'étude de

DIARRA M.O. et 40,5% dans la série de MARIAGE M.[3 ,18]. Cette différence pourrait être due à l'accessibilité et la disponibilité du scanner dans les pays développés. Elle a permis d'objectiver :

- Un épanchement péritonéal localisé ou diffus chez 59,7% des malades,
- Et/ou une lésion appendiculaire chez 120 (55,6%) de nos patients.

6.4 . Le traitement :

Le traitement de la péritonite appendiculaire comprend : la chirurgie, l'antibiothérapie, la réanimation[11].

6.4.1 . La réanimation préopératoire :

C'est le premier temps essentiel, elle associe :

la ré équilibration hydro – électrolytique et hématologique par perfusion de solutés avec une voie veineuse centrale permettant la mesure répétée de la pression veineuse centrale[11,32].

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

6.4.2 . L'antibiothérapie :

Elle a pour but de prévenir l'extension du processus infectieux en luttant contre la bactériémie[11]. Si le traitement antibiotique est unanimement reconnu comme étant nécessaire, ses modalités font actuellement l'objet de controverses.

Les grandes lignes sont l'utilisation de molécules efficaces sur la flore digestive aérobie et anaérobie.

Dans notre série nous avons utilisé l'association (ceftriaxone-métronidazole) puis modifiée au besoin en fonction du résultat de l'antibiogramme et de l'évolution clinique.

Cette antibiothérapie est intraveineuse en péri opératoire[31]. 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[33]. Toute infection locale ou généralisée en chirurgie digestive doit être traitée par une antibiothérapie de 7 jours ou plus suivant l'évolution[34].

6.4.3 . La chirurgie :

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

6.4.3.1 . Les voies d'abord :

➤ Les voies d'abord selon les auteurs :

Tableau XLVIII: La voie d'abord selon les auteurs

Voie d'abord

Auteurs	Laparotomie médiane	Incision Mc Burney	Coelioscopie
MARIAGE M.[18]			
France 2015 N = 89	3,4%		96,6%
BAKHOU A.[19]			-
Maroc 2012 N = 63	96,5%	3,5%	
TOURE S.[4] Mali			-
2022 N = 75	84%	16%	
Notre étude			-
2023 N = 216	95,8%	4,2%	

Dans notre contexte, la coelioscopie n'était pas disponible en urgence, la voie d'abord de prédilection était la laparotomie médiane. 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 feuillets mésentériques mais aussi des coupoles diaphragmatiques, flancs, douglas. Elle a été utilisée chez 95,8% de nos patients et dans 4,2% par incision Mc Burney élargie.

Ces résultats ne diffèrent pas des séries africaines :

- Au Maroc BAKHOU Aa trouvé 96,5% de laparotomie médiane contre 3,5% d'incision au point de McBurney.[19].
- Au Mali : TOURE S. a rapporté 84% de laparotomie médiane et 16% d'incision au Mc Burney élargi[4].

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.

En France dans la série de MARIAGE M, 96,6% des patients ont été opérés sous laparoscopie[18].

Elle aurait pour bénéfice comme réduction de :

- La douleur postopératoire,
- Durée d'hospitalisation,
- Adhérences et occlusions sur brides.

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

6.4.3.2 La technique opératoire :

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 perforation appendiculaire, nous l'avons pratiqué chez tous nos malades comme d'autres auteurs.[11,29]

L'appendicectomie avec ou sans enfouissement du moignon associé à une toilette péritonéale et un drainage systématique des gouttières pariéto-coliques et du douglas ont été réalisés chez tous nos patients.

6.5 . L'évolution :

6.5.1 . La morbidité :

➤ **Les suites opératoires précoces selon les auteurs :**

Tableau XLIX : Suites opératoires précoces selon les auteurs.

Auteurs	Effectifs	Morbidité
KONE A.[16]		
MALI 2020	42	9,5%
OUANGRE[7] E. (BURKINA FASO) 2013	73	23,3
MARIAGE M.[18] FRANCE 2016	89	24,7
DIARRA M.O.[2] MALI 2016	31	16,1
NOTRE ÉTUDE 2023	216	12

Le taux de morbidité de 12,04% ne diffère pas statistiquement à ceux des auteurs africains. Dans notre série la morbidité post opératoire a été marquée par des complications à type de suppuration pariétale chez (10,6%). Trois (3) de nos patients ont fait objet de reprise chirurgicale, deux pour rétablissement de continuité digestif, un (1) pour péritonite post opératoire.

6.5.2 . La mortalité :

➤ **La mortalité selon les auteurs :**

Tableau XLII : Mortalité selon les auteurs

Auteurs	Effectifs	Mortalité (%)	Tests Statistiques
YAOKREH J.B.[15] (RCI) 2015	1/82	1,2	P=0,27
OUANGRE.E [7](BURKINAFASO) 2013	12/73	16,4	P=0,00
MARIAGE.M.[18] FRANCE 2016	1/ 89	1,1	P=0,29
DIARRA M.O.[2] MALI 2016	3/31	9,7	P=0,003
NOTRE ÉTUDE 2023	1/216	0,5	-

La mortalité des péritonites aiguës varie selon l'étiologie. Dans les séries africaines[2,7,15,36], la mortalité des péritonites appendiculaires varie entre 1% -17%, contre 1,1 en France[18].

La littérature européenne estime cette mortalité < 10%. [11]

Dans notre série nous avons eu un (1) cas de décès soit 0,5% par choc septique.

Les facteurs pronostiques rapportés (le retard de consultation lié à certaines pratiques traditionnelles, aux modestes moyens diagnostiques et thérapeutiques) et les causes de décès dans les séries africaines sont (le choc septique et hypovolémique, la fistule digestive, défaillance poly viscérale).[7,15,37]

La mortalité des péritonites extrahospitalières varie entre 0 à plus de 40 % selon l'étiologie, la population étudiée et la sévérité clinique initiale.[38–40]

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

VI LA CONCLUSION ET LES RECOMMANDATIONS :

7.1 La conclusion :

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

7.2 . LES RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude nous recommandons :

7.2.1 A la population :

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

7.2.2 Aux autorités sanitaires :

- Assurer une bonne couverture sanitaire des populations en spécialistes.
- Soutenir la formation continue du personnel
- Renforcer le plateau technique des centres de santé de référence
- Elargir l'assurance maladie aux couches démunis.

7.2.3 Aux agents de santé :

- Examiner de façon minutieuse chaque malade ;
- Référer tous patients présentant un doute diagnostique pour une prise en charge correcte ;
- Renforcer la collaboration pluridisciplinaire dans la prise en charge ;
- Eviter l'utilisation abusive des antibiotiques en utilisant le référentiel de l'utilisation des antibiotiques du Mali.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII Références bibliographiques :

1. Constantin C.L: Internat Mémoire Urgences chirurgicales, éditions Vernazobres - Gregor, 2ème Edition., Paris, 2003 21 : 109-111.
2. OHMANN C. et al. La taille est-elle vraiment importante .Utilisation d'une approche d'arbre de décision pour la comparaison de trois bases de données différentes du domaine médical de l'appendicite aigue J.Sys.Med Springer, Londres , 2002 ,769-776.
3. DIARRA M.O. Prise en charge des péritonites appendiculaires à l'hôpital de Sikasso, Thèse Med FMOS, Bamako, 2018, n°18M71 : 91 P.
4. TOURÉ S. Péritonite appendiculaire au CSRéf de la commune I, Thèse Med , FMOS, Bamako , 23M291, 2023:88 P.
5. FLUM D.R. et al. Has is diagnosis of appendicitis decreased over time? A population – based analysis. Kingston, 2001, 286 : 742-743.
6. Lebedev NV, Klimov AE, Shadrina VS, Belyakov AP. Vybór operativnogo dostupa i varianta zaversheniya laparotomii pri rasprostranennom peritonite. Khirurgiia , 2023,41-46.
7. OUANGRE E., ZIDA M., BONKOUNGOU P.G., SANOU A., TRAORE. S.S. Les péritonites aiguës généralisées en milieu rural au Burkina Faso : À-propos de 221 cas. Rev. CAMES SANTE, Bamako, 2013 ; 1 :78.
8. ROUVIÈRE H. Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle : le tronc, Edition Masson, PARIS 1998 ; Tome2,116-131
9. ROHR S. et al. Appendicite aiguë, EMC gastro- entérologie, Paris, 1999 , 9-066 A10: 11.
10. MAÏGA B. . Contribution à l'étude des appendicites: Aspect clinique, anatomopathologique, et étiologique. Th Med ENMP, Bamako ,1975 ,75M08, 65P.
11. FAGNIEZ P.L., KOFFI E., PANIS Y. Péritonites appendiculaires, Rév Prat, Paris, 1992, 9045 A10, 42,706-710
12. CHEVALIER J.M. Anatomie : Le Tronc. Flammarion Med -Sciences, Paris, 1998,tome2 ,120-128
13. MARCHAL G., HOFF X., PAILLER J.L., PERRET M. Connaissance du corps Humain, épigone, Paris, 2002 ; 10-13 : 220.
14. KANTÉ L., DIAKITÉ I., TOGO A. et al. Péritonites aiguës généralisées à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques. Mali médical ,Bamako, 2013 tome xxviii , 1-4
15. YAOKREH J.B., COULIBALY O., KOUAMÉ D.B. et al. Etude descriptive des péritonites chez l'enfant au CHU de Yopougon. Rev. int. sc. méd.Abidjan 2015 ;17:173-177.
16. KONÉ A. Péritonite appendiculaire au centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse méd, FMOS, Bamako, 2020 ; n°20M169 : 95P.

17. HAROUNA Y. Les péritonites appendiculaires généralisées à propos de 70 cas à l'hôpital national de Niamey. Communication scientifique ACAF Bamako , 2005.
18. MARIAGE M. Péritonite stercorale d'origine appendiculaire : une forme rare et grave d'appendicite aiguë. Thèse méd, DUMAS. Amiens, 2016; n°174,59P.
19. BAKHOU A. Les péritonites appendiculaires chez l'enfant. Expérience du service de chirurgie pédiatrique générale du CHU Marrakech. Thèse méd, FMPM ,Marrakech, 2012; n° 25, 78P
20. JHOBTA R.S., ATTRI A.K., KAUSHIK R. Spectrum of perforation peritonitis in India- review of 504 consecutive cases. World J of emergency surg, Chandgarh 2006, 1 : 1-4.
21. POILLEUX F. et col. Sémiologie chirurgicale : Sémiologie du péritoine (Rappels généraux anatomiques et physiopathologiques). : Flammarion-Médecine et sciences, 4e Ed, Tome II , Paris, 1979, 971.
22. CAMARA B. Péritonites par perforation appendiculaire dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Med, FMOS, Bamako, 2008, n°08, 80P.
23. MALLICK S., KLEIN J.F. Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : A propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais. Med TropSaint-Laurent du Maroni, 2001, 61 : 491 - 94.
24. DEMBELÉ B. . Les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako à propos de 200 cas. Thèse med, FMOS, Bamako 2005; n°215, 115P.
25. KUNIN N., LETOQUARD J.P. Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : Analyse statistique multifactorielle de 216 observations. J Chir, Paris, 1991 ; 11 : 481-6.
26. ADESUNKANMI A. Acute Generalised peritonitis in African Children : Assessment of severity of illness using modified APACHE II Score. J surg, Abuja, 2003, 5 : 275-9.
27. COUGARD P., BARRAT C. Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodéal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique. Ann Chir Paris, 2000, 8 : 726-31.
28. SAKHRI J. Traitement des ulcères duodénaux perforés. Tunisie Médicale , Tunis ,2000, Vol 78, N°08-09.
29. FLAMANT Y. Complications de l'appendicite aiguë. Rev Prat, Paris, 1994, 6 : 2231-35.
30. JEAN Y.M., JEAN L.C. Péritonite aiguë Rev Prat, Paris, 2001 ; 51 : 2141-45.
31. PODEVIN G., M. BARUSSAUD., M., D. LECLAIR Y. Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant. Angers, 2005,1-6.
32. JAMES K., AHOUANGBEVI A. La Netilmicine dans les infections en chirurgie au CHU de Lomé : Med d'Afrique noire, Lomé, 1990 ; 11 : 1-13.

33. LUND D.P., MURPHY E.U. Management of perforated appendicitis in children : a decade of aggressive treatment. *J Pediatr surg*, Boston, 1994 ; 8 : 1130-1134.
34. 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 : 11P.
35. DAVID A., PATRICK M.D. Prospective evaluation of a primary laparoscopic approach for children presenting with simple or complicated appendicitis. *The American journal of surgery*, Denver, 2006; 6 : 750-755.
36. KONATÉ E.B. Les péritonites aiguës généralisées dans les services de chirurgie générale de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Thèse méd, FMOS, Bamako, 2014.n°14, 97P.
37. DISSA B.A. Les péritonites aiguës aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes. Thèse méd, FMOS, Bamako, 2012 ; n°12M53 : 139P.
38. RICHE F.C., DRAY X., LAISNE M.J. et al. Factors associated with septic shock and mortality in generalized peritonitis: comparison between community-acquired and postoperative peritonitis. *Crit Care*, Paris, 2009 ; 3 : 9.
39. MONTRAVERS P., LEPAPE A., DUBREUIL L., et al. . Clinical and microbiological profiles of community-acquired and nosocomial intra-abdominal infections: results of the French prospective, observational EBIIA study. *J Antimicrob Chemother*, Oxford, 2009 ; 4 : 785-794.
40. CATTAN P., YIN D.D., SARFATI E., et al. Cost of care for inpatients with community-acquired intra-abdominal infections. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, Paris 2002 ; 11 : 787-793.

ANNEXES

VIII Annexes :

8.1 Fiche d'enquête :

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

1=inf à 15 ans 2=15 à 30 ans 3= 30 à 45ans 4=sup à 45ans

Q6- Sexe..... /...../

1=Masculin 2=Féminin

Q7- Provenance.....

1=Kati ; 2=Bamako ; 3=Intérieur

Q8- Nationalité...../...../

1=Malienne 2=Si autre à préciser.....

Q9- Profession...../...../

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

5=Masson 6=Couturier 7=Ménagère 8=Fonctionnaire

9=Autre à préciser.....

Q10- Mode de recrutement à l'hôpital...../...../

1=Consultation en Urgence 2=Consultation Ordinaire

Q11- Référence/...../

1= Non référé 2 = Référé

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

- Histoire de la maladie

Q13-Signes au début/...../

1=Douleur abdominale diffus 2=Douleur dans la FID 3=Douleur Epigastrique

4=vomissements 5=1+4 5=2+4

Q14-Delai de consultation en jours...../...../

Antécédents (ATCD)

Q15-- Médicaux...../...../ 1=HTA

2=Diabète 3=VIH 4=Drépanocytose 5=Autre

précisé.....

Q16- - Chirurgicaux...../...../

1 =Néant 2=Césarienne 3=Laparotomie 4=Autre ou plusieurs fois

Si autre, préciser.....

EXAMEN GENERAL

Les signes généraux

Q17- Score de l'OMS...../...../

Q18- Conjonctives...../...../

1=Colorées 2=Pales 3=Ictère 4= Autres

précisé.....

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-TA maxima en mm HG...../...../

-TA minima en mm HG...../...../ Q22-

Fréquence respiratoire en cycles/m...../...../

Q23- Faciès:/...../

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

5 - Si Autres à préciser :

Q24-Plis cutanés :/...../

1= absents 2= présents

Q25- Langue :/...../

1 = humide 2 = sèche 3= saburrale

Q26- Conscience :/...../

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

LES SIGNES FONFTIONNELS

Douleur abdominale

Q27-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

.....

Q 28-Irradiation...../...../ **1=oui**

2=non 3-Si oui précisé.....

Q29-L'installation/...../

1=Brutale 2=Progressive

Q30-Type...../...../

1=brulure 2=Piqure 3=Torsion 4=Pesanteur 5=Poignard 6=Picotement

Q31-Intensité...../...../

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

Q32-Evolution...../...../

1=Permanente 2=Intermittente

Q33-Facteur d'exacerbation...../...../

Q34=Facteur d'accalmie...../...../

1=Non 2=Oui 3=Si oui,
préciser.....

Q35=Arrêt de matières et de gaz...../...../

1=Non 2=Oui

Q36=Vomissements...../...../

1=Non 2=Oui

3=Si Oui préciser le type.....

Q37=Fièvre...../...../

1=Non 2=Oui

Signes physiques :

Inspection :

Q38-Présence de cicatrice opératoire **sur**
l'abdomen...../...../

1=Non 2=Oui

Q39- Distension abdominale/...../

1=Non

2=Oui

Q40- Respiration de l'abdomen...../...../

1=normale

2=Anormale

Palpation :

Q41-Douloureuse...../...../

1=Oui

2=Non

Q42- Défense abdominale...../...../

1=Oui

2=Non

3=Si oui, préciser le siège.....

Q43- Contracture abdominale...../...../

1=Oui

2=Non

3=Si oui, préciser le siège.....

-Percussion...../...../

1=Normale

2= Tympanisme

3= Matité

4=Autre

Q44- Bruits intestinaux à l'auscultation :/...../

1=Normaux

2=Diminués

3=Augmentés

4=Silence abdominal

Toucher Pelvien

Q45- T R/...../

1=Douglas bombé et douloureux

2=douglas non bombé

Les examens complémentaires :

Imagerie

Q46-ASP...../...../

1=Grisaille diffuse

2=Normale

3=Niveau hydro aérique

4=Croissant gazeux

5=Non fait

Q47- Echographie abdominale...../...../

1= Normale
d'appendicite

2=épanchement
4=Non fait

3=Aspect

Bilan Sanguin et Biologique

Q48- N.F.S...../...../

1= hyperleucocytose

2=Anémie

3=1+2

4=Normale

Q49- Groupage sanguin et Rhésus...../...../

1= A+ 2=A- 3=B+ 4=B- 5=AB+ 6=AB- 7= O+ 8= O-

Q50- Créatininémie (μmol/L)...../...../

1= Normale 2=élevée 3=basse

Q51- Glycémie (en g/dl)...../...../

1= Normale 2=Hypoglycémie 3=Hyperglycémie

Q52- V.S...../...../

1= Normale 2=Anormale

3=Si Anormale, préciser l'anomalie.....

: Q53- Examen bactériologique...../...../

1= Absence de germe

2= Germes à préciser.....

Q54-Antibiogrammé/...../

1=Fait 2=Non fait

3=Si fait, préciser l'antibiotique sensible.....

Q55-Examen pathologique...../...../

anatom-

1=fait 2=Non fait

3=Si fait, Résultats.....

Diagnostic

Q56- Diagnostic préopératoire/...../

1= Perforation d'organes creux 2= Péritonite 3= Occlusion 4=
Salpingite 5= Appendicite 6=hernie étranglée 7=Autres

Q57- Diagnostic per opératoire...../...../

Traitement

Traitement reçu avant l'admission

Q58- Médical...../...../

1= Oui 2= Non

3=si oui, préciser...../...../

Q59- Traitement Traditionnel...../...../

1= Oui

2= Non

3=si oui, préciser...../...../

Traitement reçu à L'admission

Traitement médical

Q60-Traitement préopératoire...../...../

Q61-Traitement post opératoire...../...../

Traitement chirurgical

Q62-Incision...../...../

1= xypho – sus pubienne

2=Médiane sus ombilicale

3=Médiane sous ombilicale

4=Au point de Mac Burney

5=Pfannenstiel

6=autre

Q63-Gestes effectués...../...../

Q64-Mise en place d'un drain...../...../

1=Oui

2=Non

3=Si oui, préciser le siège

Complications

Q65-Complications per opératoires...../...../

1=Perforation

2=hémorragie

3=

4=Décès

4=Néant

Complications post opératoires

Q66- 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

10= Décès

11= péritonite post opératoire

12=occlusion post opératoire

13=Eviscération

14= autre à préciser

Q67=Date de sortie...../...../...../...../

Q68-Durée d'hospitalisation post opératoire...../...../

Suivie post opératoire

Q69-Suites opératoires à court terme (1 à 3 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

Q70- Suites opératoires à moyen terme (3 à 24 mois)...../...../

1= Simples **2= Eventration** **3= Troubles digestifs**
4= Occlusion
5= Syndrome de grêle court **6= Décès** **7= Autres**

Q71 -Suites opératoires tardives (> à 24 mois)...../...../

1= Simples **2= Eventration** **3= Troubles digestifs** **4= Occlusion**
5= Syndrome de grêle court **6= Décès** **7= Autres**

Q72- Mode de suivi...../...../

1= Venu de lui-même **2= Sur rendez-vous** **3= Vu à domicile**
4= Sur convocation **5=par appel téléphonique** **6= Autre**

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : NIARE

Prénom : MARCELIN

Contacts : tel 60777951/ 90965573 Email : marcelinniare@gmail.com

Titre de la thèse : Péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Année : 2025

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Résumé :

Le manque d'étude sur les péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaires au CHU BSS de Kati nous a motivé à effectuer cette étude dont le but était d'étudier les péritonites appendiculaires dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à recrutement rétrospective sur 16 ans, du 01 janvier 2007 au 31 Décembre 2023, réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU BSS de Kati.

Toutes les péritonites appendiculaires opérées au CHU ont été inclus.

Pendant la période de notre étude, 543 cas de péritonites aiguës généralisées dont 216 cas péritonites appendiculaires ont été colligés.

Les péritonites appendiculaires ont représenté 6,6% des interventions chirurgicales, 14% des interventions chirurgicales urgentes.

Le sexe masculin a représenté 75% avec un sex-ratio de 3,1 au risque des hommes, la moyenne d'âge était de 25,6 ans, la douleur abdominale a été le motif de consultation dans 100% des cas. L'examen physique a permis dans la plupart des cas de poser le diagnostic. Dans les cas douteux certains examens complémentaires ont été demandés (ASP, échographie abdominale).

Le traitement chirurgical a consisté en une appendicectomie avec une toilette péritonéale suivie d'un drainage.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 6,5 jours avec des extrêmes de 4-27 jours

La mortalité hospitalière a été de 0,5%

Le retard à la consultation et l'âge constituaient les facteurs de morbidité et mortalité élevée.

Mots clefs : péritonite- appendiculaire- urgences chirurgicales-CHU BSS de Kati

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie 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 honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !