

**MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

**DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE**

ANNEE 1993

N° 34

**ETUDE DES APPENDICECTOMIES DANS LE SERVICE  
DE CHIRURGIE "A", A L'HOPITAL DU POINT-G  
(A PROPOS DE 540 CAS)**

# **THESE**

**Présentée et soutenue publiquement le ..... 1993**

**devant l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali**

**PAR N'TJI KEITA**

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

**EXAMINATEURS**

**PRESIDENT : PROFESSEUR ABDOU ALASSANE TOURE**

**MEMBRES : PROFESSEUR AMADOU DOLO**

**PROFESSEUR DJIBRIL SANGARE**

**DOCTEUR ALAIN DELAYE**

**DIRECTEUR DE THESE : PROFESSEUR SAMBOU SOUMARE**

**ECOLE NATIONALE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DU MALI  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1992 - 1993**

**LISTE DES PROFESSEURS**

Professeur	Toussaint TRAORE	Doyen
Professeur	Boubacar S. CISSE	Premier Assesseur
Professeur	Amadou DOLO	Deuxième Assesseur
Monsieur	Bernard CHANFREAU	Conseiller Technique
Professeur	Bakary M. CISSE	Secrétaire général

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

**1. PROFESSEURS AGREGES**

Professeur	Abdel Karim HOUMARE	Chef D. E. R. de Chirurgie
Professeur	Mamadou Lamina TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur	Aliou BA	Ophthalmologie
Professeur	Bocar SALL	Ortho. Traumat. Secourisme
Professeur	Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur	Abdou Alassane TOURE	Ortho. - Traumat.
Professeur	Amadou DOLO	Gynéco. - Obstétrique
Professeur	Ojibril SANGARE	Chirurgie Générale

**2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur	Madame BY Aïda SOW	Gynéco - Obstétrique
Docteur	Kalileu QUATTARA	Urologie
Docteur	Mamadou I. DIOMBANA	Odonto - Stomatologie
Docteur	Salif DIAKITE	Gynéco - Obstétrique
Docteur	Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Docteur	Albousseïni Ag MOHAMED	O. R. L.
Docteur	Mme DIANE F.S. DIABATE	Gynéco - Obstétrique
Docteur	Abdoulaye DIALLO	Anesth. Réanimation
Docteur	Sidi Yaya TOURE	Anesth. Réanimation
Docteur	Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur	Sékou SIDIBE	Ortho. Traumatologie
Docteur	A. K. TRAORE DIT DIOP	Chirurgie Générale

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Bréhima	KOUMARE	Microbiologie
Professeur	Sinè	BAYO	Anatomie-Path
Professeur	Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur	Yaya	FOFANA	Hématologie
Professeur	Ogobara	DOUMBO	Parasitologie

### 2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur	Yéya Tiemoko	TOURE	Biologie
Professeur	Amadou	DIALLO	Chef D E R Sciences Fond
Professeur	Yéniomégué A.	DEMBELE	Chimie Organique

### 3. DOCTEURS 3è CYCLE

Professeur	Moussa	HARAMA	Chimie Organique
Professeur	Massa	SANOGO	Chimie Analytique
Professeur	Bakary M.	CISSE	Biochimie
Professeur	Mahamadou	CISSE	Biologie
Professeur	Sékou F.M	TRAORE	Entomologie Médicale
Professeur	Abdoulaye	DIBO	Malacologie, Biologie Animale
Professeur	N'Yenigué S.	KOITA	Chimie Organique

### 4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Abdourhamane S.	MAIGA	Parasitologie
Docteur	Anatole	TOUNKARA	Immunologie
Docteur	Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

### 5. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Abdrahamane	TOUNKARA	Biochimie
Docteur	Elisou	DOUCOUCOUCO	Parasitologie

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

**1. PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Abdoulaye Ag RHALY	Chef D. E. R. MEDECINE
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Ali GUINDO	Gastro-Enterologie
Professeur Mamadou K. TOUPE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouroum DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric RICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani SIDIBE	Pédiatrie

**2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE**

Docteur Abdel Kader TRAORE	Méd. Interne
Docteur Moussa Y. MAIGA	Gastroenterologie
Docteur Balla COULIBALY	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali DJALLO	Hémo-Médec. Interne
Docteur Samiata KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Haman A. TRAORE	Médecine Interne

**D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

**1. PROFESSEURS AGREGES**

Professeur Boubacar CISSE	Toxicologie
Professeur Arsène KEITA	Matière Médicale

## 2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Boukassoum HAIDARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur	Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur	Iousmane DOUMBIA	Chef D. E. R. Scap. Pharm.
Docteur	Drissa DIALLO	Matières Médicales

## D. E. R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (Chef D. E. R.)
Professeur	Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Docteur	Hubert BALIQUE	Maître de conf. Santé Pub.

### 2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Bernard CHANFREAU	Santé Publique
Docteur	Jean MICHEL	Santé Publique
Docteur	Benar G. TOURE	Santé Publique
Docteur	Sory I. KARA	Santé Publique

## CHARGES DE COURS

Docteur	Mme Cisse A. GAKOU	Galénique
Professeur	Nicolo DIARRA	Botanique
Professeur	Boubou DIARRA	Bactériologie
Professeur	Salidou SANOGO	Physique
Professeur	Deouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Professeur	Balany I. SACKO	Biochimie
Professeur	Yoro DIAKITE	Maths
Professeur	Sidiki DIABATE	Bibliographie
Docteur	Aliou KEITA	Galénique
Docteur	Boubacar KANTE	Galénique
Docteur	Souléymane GUINDO	Gestion
Docteur	Moussa DEMBELE	Maths
Mme	Modibo DIARRA	Nutrition
Mme	MAIGA Estoumère SOUMBA	Hygiène du Milieu

### ASSISTANTS

Docteur	M. Abou ONGOIBA	Chirurgie
Docteur	Saharé FONGORO	Néphrologie
Docteur	Balouoba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur	Bénédit KOUMARE	Chimie Analytique
Docteur	Abacar I. MAIGA	Toxicologie
Docteur	Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

### C.E.S

Docteur	Georges YAYA (Centrafrique)	Ophtamologie
Docteur	Abdou ISSA (Niger)	Ophtamologie
Docteur	Amadou DIALLIC (Sénégal)	Ophtamologie
Docteur	Adia MOHAMED (Niger)	Ophtamologie
Docteur	Guimé BORE	Ophtamologie
Docteur	M'Djallan JONAS (Cameroun)	Ophtamologie
Docteur	Daccumbe DJORO (Tchad)	Ophtamologie
Docteur	Aboubachine A. MAIGA	Santé Publique
Docteur	Sabaha SIMDARA	Chirurgie Générale
Docteur	Mohamane TRAORE	Chirurgie Générale
Docteur	Mohamed Ag BENECH	Santé Publique
Docteur	Mamadou MAIGA	Dermatologie

### PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur	J. P. BISSET	Biophysique
Professeur	E. BOUY	Biophysique
Professeur	G. FARNARIER	Physiologie
Professeur	G. GRAS	Hydrologie
Professeur	E. A. YARO	Biophysique
Professeur	Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur	Mamadou BARTANE	Pharmacie Chimique
Professeur	Issa LO	Législation

## PERSONNELS RESSOURCES

Docteur	Madani TOURE	H.G.T.
Docteur	Tahirou BA	H.G.T.
Docteur	Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur	Badi KEITA	H.G.T.
Docteur	Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur	Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur	Ysya I MATRA	I.N.R.S.P.
Docteur	Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur	Adama SANOGO	I.N.R.S.P.
Docteur	BA Marie P.DJALLO	I.N.R.S.P.
Docteur	Almahdy DICKO	P.M.I. Sogoninko
Docteur	Mohamed TRAORE	Kati
Docteur	Arlio DJALLO	P.M.I. Centrale
Docteur	Reznloff	IOTA
Docteur	TRAORE J.Thomas	IOTA
Docteur	P.ROBIN	T. Marchoux
Docteur	A. DELAYE	H.P.C
Docteur	N'DIAYE F.N'DIAYE	IOTA
Docteur	Haridou B. SACKO	HGT

## D E D I C A C E

A MON PERE Babila KEITA

Toi que mes yeux ne peuvent plus distinguer parmi les hommes.

" Paix à Ton Ame "

A MA MERE Coumba DIARRA

Tu es comblée d'amour et de tendresse.

Trouves ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A MON PERE El Hadj Makan KEITA

Le moment est venu pour te faire prendre conscience que tu es courageux et admirable. Tu as consenti dans le silence beaucoup d'effort pour réaliser cette oeuvre immense. Tu n'as jamais baissé les bras tout au long de mon cursus scolaire. Tout ceci dénote l'affection que tu me portes et ton souci de faire de moi un homme. Et je crois que tu as atteint ton objectif.

Puisse ce travail te faire oublier tes sacrifices, te témoigner mon attachement filial et ma profonde gratitude.

A SALAH KEITA ET FAMILLE

Sans vous, ce travail n'aurait pas vu le jour.

Profonde reconnaissance pour m'avoir accueilli comme un fils dans votre maison.



A MES FRERES ET SOEURS

Babila	KEITA	Ismael	KEITA
Cheickna	KEITA	Gounedy	SOUCKO
Mahamadou	KEITA	Tata	SOUCKO
Issa	KEITA	Tâh	SOUCKO
Brahima	KEITA		

La vie sans vous n'a pas de sens. Soyons unis à l'image de nos parents. Que ce travail reste un modèle de courage pour tous.

A MES BEAUX - FRERES      Diamou CISSOKO      Bakassé COULIBALY

Vous m'avez constamment soutenu, aussi bien moralement que matériellement, jusqu'à ce jour.

Sincères remerciements

A MES COUSINES ET COUSINS

Salaha	KEITA	Oumou	SOUCKO
Modibo S.	KEITA	Mariam	BOUARE
Mohamed B.	KEITA	Fatouma	KEITA
Mohamed Fadel	KEITA	M'Bamoussa	DEMBELE

Recevez à travers ce modeste travail, la traduction de mes sentiments les plus affectueux.

A MES ONCLES

Garaba KEITA      Gaoussou KEITA      Souleymane SIDIBE

Votre bienveillance et votre aide à mon endroit m'ont été d'un grand secours

Mes remerciements les plus vifs

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS- PARENTS ET ONCLES

Mantjita COULIBALY, Sidi KONTE, Sira SIDIBE, Mahamoudou KEITA, Siriman DIAKITE, Siriman KAYA.

" Paix A Leurs Ames "

# R E M E R C I E M E N T S

AUX DOCTEURS M.A.CISSE A.G.DELAYE F.SISSOKO SADIO YENA

Vous m'avez encouragé à me joindre à vous et contribué à l'élaboration de travail.

Soyez en remercié

A MES COLLEGUES

Ibrim	TRAORE
Bah	SISSOKO
Alou	KAYO
Oumar	COULIBALY
Gaoussou	DOUCOURE

Courage et dévouement

A TOUTE L'EQUIPE DE L'ANESTHESIE - REANIMATION DE L'HOPITAL NATIONAL DU POINT G

C'est le moment de vous réitérer notre profonde reconnaissance des efforts menés pour endormir nos malades

Sincères remerciements

AUX DOCTEURS M.B.K., I.CISSE, Mohamed BABY, Halidou SIDIBE

Le fait de se sentir ensemble, témoigne déjà d'une grande amitié, laquelle s'est édifiée au jour le jour durant nos années de l'ENMP.

Soyez assurés de mon profond attachement.

A MES AMIS

Mohamed B. KEITA

Salaha G. KEITA

Mamadou Demba KEITA

Drissa BAGAYOKO

Sincères remerciements et affections fraternelles.

Mr Gaoussou KEITA

Infinie reconnaissance pour l'aide immense dans la réalisation de ce travail.

A TOUS MES CAMARADES DE GROUPE DE BAGADADJI

Profonde reconnaissance.

A Mr Boubacar DIOP

Les mots me manquent pour vous exprimer mes très vifs remerciements pour le sacrifice que vous avez consenti pendant les travaux de secrétariat de cette thèse.

Sincère reconnaissance

A tout le personnel de la chirurgie A

A tout le personnel du centre de santé de Nara, de Baraouli

Aux Familles KEITA DE Nara et Bamako

A tous mes camarades de promotion en souvenir de nos années d'étude.

Enfin à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de ce travail.

## AUX MEMBRES DU JURY

### A NOTRE MAITRE PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR ABDOU ALASSANE TOURE

Agrégé en chirurgie Orthopédie-Traumatologie

Chef du service de traumatologie-orthopédie de

l'hôpital Gabiel Touré

Chevalier de l'Ordre National du Mali

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations. L'étendue de vos connaissances, la clarté de votre enseignement et votre rigueur scientifique, sont des qualités qui font de vous un homme respecté.

Nous avons apprécié votre disponibilité et la gentillesse de votre accueil.

Pour cette occasion nous tenons à vous témoigner notre grande sympathie et l'assurance de notre profond attachement.

### A NOTRE MAITRE      PROFESSEUR    AMADOU DOLO

Agrégé en Gynécologie - Obstétrique

Chef du service de Gynécologie - Obstétrique

Deuxième Assesseur de l'ENMP

Nous sommes fiers et heureux de vous compter parmi nos juges. votre rigueur dans le travail, votre entière disponibilité, la clarté de votre enseignement ont suscité notre admiration. permettez - moi de vous exprimer toute notre gratitude et notre profond attachement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Djibril SANGARE

Agrégé en Chirurgie générale

Colonel des forces armées (Mali)

Dès la 1ère année de médecine, vous nous avez initié aux bases de la chirurgie. Nous avons tiré profit de la clarté de votre enseignement. Vos connaissances immenses dans ce domaine vous valent admiration et renommée, aussi bien de la part des étudiants , de l'armée que de la population.

Merci une fois de plus d'avoir accepté de juger cette thèse.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Alain G. DELAYE

Chirurgien Thoracique et viscéral à L'HNPG

Grâce à vous nous connaissons l'importance de la chirurgie thoracique. Vous êtes un pédagogue averti. Votre maîtrise de cette spécialité et votre sens clinique aiguë ne sont plus à démontrer. Ce travail est le vôtre. Vos conseil et vos directives n'ont cessé de nous éclairer tout au long de ce travail.

Veillez retrouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Sambou SOUMARE (Directeur de thèse)

Agrégé en Chirurgie générale

Chef du service de Chirurgie "A" HNPG

Vous êtes un homme plein de qualités humaines. C'est ce qui explique votre choix. Vous incarnez la simplicité et la bonté. Vos connaissances en pathologies chirurgicales sont énormes. Nous ne regrettons nullement de vous avoir confié la direction de cette thèse.

Sincères Remerciements.

## A B R E V I A T I O N S

FID	= Fosse Iliaque Droite
AEG	= Altération de l'Etat Général
MB	= Mac BURNEY
AMG	= Arrêt des Matières et des Gaz
HNPG	= Hôpital National du Point G
CRO	= Compte-Rendu Opératoire
IC	= Intervention Chirurgicale
IA	= Intervention Abdominale
ID	= Intervention Digestive
UC	= Urgence Chirurgicale
UA	= Urgence Abdominale
UD	= Urgence Digestive
Synd.App	= Syndrome Appendiculaire
TP	= Toucher Pelvien
TR	= Toucher Rectal
TV	= Toucher Vaginal
GFC	= Gargouillement de la Fosse Caecale
ATCD	= AnTéCéDents
AA	= Appendicite Aiguë
ASP	= Abdomen Sans Préparation
UIV	= Urographie Intra Veineuse
LB	= Lavement Baryté
GEU	= Grossesse Extra Utérine
COLL	= COLLaborateurs
Fig	= Figure

# S O M M A I R E

<u>INTRODUCTION</u>	1
<b>I - <u>RAPPEL</u></b>	<b>3</b>
1 - Anatomie de l'Appendice	3
2 - Physiopathologie	6
3 - Anatomie - pathologie	7
4 - Clinique des Appendicites	10
4.1 - Les Appendicites Aiguës	10
4.2 - L'Appendicite Chronique	14
4.3 - Tumeurs Appendiculaires	15
5 - Traitement Chirurgical de l'appendice	16
5.1 - Indications	16
5.2 - Techniques de l'appendicectomie	16
5.3 - Complications de l'appendicectomie	19
<b>II - <u>MATERIEL ET METHODES</u></b>	<b>22</b>
<b>III - <u>RESULTATS</u></b>	<b>23</b>
1. - Facteurs Epidémiologiques	23
1.1. - Fréquences	23
1.2. - Repartition Selon le Sexe	24
1.3. - Repartition Selon l'Age	25
1.4. - Facteurs Epidémiologiques Spécifiques à l'Etude Prospective	26
1.4.1 - Ethnie	26
1.4.2 - Statut Socioprofessionnel	26
1.4.3 - Habitudes Alimentaires	27
2 - Etude Clinique des Cas Observés	27
2.1. - Les Signes Fonctionnels	27
2.1.1 - La Douleur	27
2.1.2 - Les Signes Fonctionnels Associés	29
2.2 - Les Signes d'Examen Physique	29
2.3 - Les Signes Généraux	30
2.4 - Les Antécédents	31
2.5 - Le Délai de Consultation	31
2.6 - Les Examens Paracliniques	32
3. - Repartition Selon le Diagnostic des Appendicectomies	34
4. - Protocole du Traitement	36
4.1. - Voies d'Abord	37
4.2. - Constats Opératoires	37



4.3.	-	Type d'Exérèse	40
4.4.	-	Enfouissement	40
4.5.	-	Recherche du Diverticule de MECKEL	40
5.	-	Suites Post-Opératoires	42
5.1.	-	Morbidité	42
5.2.	-	Mortalité	42
6.	-	Coût Economique	42
7.	-	Résultats Anatomopathologiques	43
8.	-	Correlation Anatomopathologique	44
<b>IV</b>	-	<b><u>COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS</u></b>	<b>45</b>
1.	-	Sur Les Facteurs Epidémiologiques	45
1.1	-	Fréquence	45
1.2	-	Sexe	46
1.3	-	Age	46
1.4	-	Autres Facteurs Epidémiologiques	46
2.	-	Sur l'Etude Clinique de Ces Cas Observés	47
2.1	-	Appendicites Aiguës	47
2.1.1	-	Signes Fonctionnels	47
2.1.2	-	Signes d'Examen Physique	49
2.1.3	-	Le Délai de Consultation	50
2.2	-	Appendicites Complicées	52
2.3	-	Appendicites Chroniques	53
3.	-	Sur le Traitement Chirurgical	54
3.1	-	Voies d'Abord de l'Appendicectomie	54
3.2	-	Constats Opératoires	55
3.3	-	Type d'Exérèse	57
3.4	-	Enfouissement	58
3.5	-	Recherche du Diverticule de MECKEL	58
3.6	-	Drainage	59
3.7	-	Antibiothérapie	59
4.	-	Sur Les Suites Opératoires	60
4.1.	-	Morbidité	61
4.2	-	Mortalité	64
5.	-	Appendicite Bilharzienne	65
6.	-	Appendicectomie de "Principe"	66
7.	-	Sur la Correlation Anatomoclinique	68
7.1	-	Le Diagnostic Clinique	68
7.2	-	Aspect Macroscopique de l'Appendice	68
7.3	-	Aspect Microscopiques de l'Appendice	68

7.4	-	Correlation Anatomoclinique	69
7.5	-	Erreurs Diagnostiques	70
VI	-	<u>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</u>	71
VII	-	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	73
		<u>ANNEXES</u>	
		<u>RESUME</u>	

## INTRODUCTION

Bien que de pratique courante, l'appendicectomie suscite beaucoup de controverse dans le milieu chirurgical. Pour Godquin (46):

-L'an 1735, serait la date de la première appendicectomie connue. Elle fut pratiquée avec succès chez un enfant par Claudius AYMANT;

-Le 27 Avril 1887, Morton réalisa la première véritable appendicectomie (ablation d'un appendice perforé avec ligature de la base appendiculaire et le méso), le malade guérit.

Au Mali avant l'indépendance, l'appendicectomie était réalisée par les chirurgiens français, les médecins africains et les infirmiers. Sa fréquence était de 6,48% des interventions digestives. Depuis, ce taux a progressé pour atteindre 20,95% des interventions digestives de 1961 à 1965 (28).

Une étude plus récente en 1983, situe la fréquence des appendicectomies pratiquées à 31,77% des urgences digestives (88).

L'appendicite aiguë, considérée comme indication formelle de l'appendicectomie, est l'une des urgences répandues dans les pays industrialisés, où 12 % de la population d'Amérique du Nord, de l'Europe et d'Australie sont concernés (67).

En Afrique Noire, l'appendicite a été décrite comme rare (20,21). Mais des études récentes d'auteurs ivoiriens (39,57,58) et maliens (28,63,88) ont montré que cette affection est en nette progression et constitue l'une des urgences chirurgicales les plus fréquentes. Malgré sa réputation d'affection bénigne, l'appendicite peut avoir des conséquences graves, en raison de :

- Son polymorphisme clinique; il n'y a pas de signe pathognomonique d'où des retards dans le diagnostic

- Son évolution imprévisible.

L'appendicite non traitée ou vue tardivement peut évoluer vers des complications très graves (Péritonite plastique ou généralisée) (46).

Le diagnostic d'appendicite ou sa simple suspicion impose sans délai l'intervention chirurgicale ( APPENDICECTOMIE ).

La montée notable de la fréquence de l'appendicectomie nous conduit à rechercher ses différentes indications dans le service de chirurgie "A" à l'hôpital du Point G (Bamako).

Cette étude, a pour objectifs :

- Etablir un bilan épidémiologique, clinique, thérapeutique et anatomopathologique des appendicectomies sur 7 ans de JANVIER 1985 à DECEMBRE 1991 .
- Préciser les indications des appendicectomies
- Dégager les complications post - opératoires immédiates
- Evaluer une corrélation anatomoclinique de la maladie appendiculaire
- Dégager L'incidence des parasitoses dans les appendicectomies
- Faire des recommandations pour la prise en charge de tout syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

## **I - RAPPELS**

### **1. ANATOMIE DE L'APPENDICE ILEOCAECAL**

En 1521, l'appendice est évoqué par des anatomistes (Da CARPI et Estienne). Il n'apparaît dans les livres anatomiques qu'à partir de 1739 (46,66).

#### **1. 1. MORPHOLOGIE**

L'appendice iléocaecal, organe flexueux, tubulaire, s'implante au bord postéro-interne du caecum à environ 2-3 cm au dessous de l'abouchement iléal. Les trois bandelettes musculaires du caecum convergent vers la base d'implantation appendiculaire. La longueur moyenne de l'appendice est de 9 cm (54,82).

#### **1. 2. SITUATION**

Habituellement, il est descendant en position latéro-interne. Il se projette sur la paroi abdominale, classiquement au niveau du point de Mac BURNEY (point situé à l'union du tiers externe et des deux tiers internes d'une ligne unissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite).

En réalité cette situation est variable et dépend de celle du caecum qui peut être mobile ou complètement accolé et semblant rétropéritonéal (54).

#### **MOYEN DE FIXITE**

Mobile, l'appendice est maintenu lâchement au bord inférieur de l'iléon par le méso appendice dont le bord libre contient l'artère appendiculaire. Ce méso peut être court, long ou étroit.

#### **1. 3. CONFIGURATION INTERNE**

Il est creusé d'une cavité oblitérée chez le quart des sujets, remplie de débris alimentaires. Celle-ci s'ouvre dans le caecum par un ostium muni parfois d'un replis saillant, la valve appendiculaire.

#### **1. 4. STRUCTURE HISTOLOGIQUE**

La paroi de l'appendice, épaisse, présente cinq tuniques:

- La Séreuse Péritonéale : interrompue par un mince liséré correspondant à l'insertion du méso de l'appendice;
- La Sous Séreuse
- La Musculeuse : longitudinale puis circulaire. Cette couche bien développée dans son ensemble, peut manquer par endroits permettant ainsi aux tissus sous muqueux d'être directement en contact avec la séreuse;

- La Sous Muqueuse: renferme de nombreux organes lymphoïdes qui font de l'appendice << l'amygdale intestinale >>;
- La Muqueuse: ressemble à celle du côlon, exception faite de la rareté des éléments glandulaires.

Cette structure varie avec l'âge. Chez le nourrisson le tissu lymphoïde est en quantité modérée, d'où une lumière appendiculaire relativement large. Chez l'enfant apparaît ensuite une hypertrophie lymphoïde qui entraîne une réduction du diamètre de la cavité appendiculaire, puis on assiste progressivement à une réduction des éléments lymphoïdes. Chez le sujet adulte, l'appendice se présente parfois comme une simple corde fibreuse avec une lumière à peine visible.

### 1. 5 VASCULARISATION

L'artère iléocolique ou colique inférieure droite se divise en deux branches (66,82) :

- l'une colique, remontant le long du côlon ascendant,
- l'autre iléale, constituant avec la branche terminale de l'artère mésentérique supérieure, l'arcade iléocolique. De cette arcade naissent des artères terminales pour le caecum et l'appendice (cf Fig 1) :

\* l'artère caecale antérieure passe en avant de l'iléon

\* l'artère caecale postérieure en arrière

\* l'artère appendiculaire proprement dite se détache de l'artère caecale postérieure ou de l'artère iléocolique. Elle descend derrière l'iléon et gagne le bord mésentérique de l'appendice :

soit en s'accolant à celui-ci près de sa base, puis en le suivant jusqu'à sa pointe

soit, le plus fréquemment, en se rapprochant peu à peu de l'appendice en le pénétrant près de sa pointe.

Elle donne :

- une artère caecoappendiculaire pour le bas-fond caecal ;
- une artère récurrente iléo-appendiculaire inconstante se rendant vers l'iléon
- des rameaux appendiculaires.

Le type de vascularisation est terminal .

Les lymphatiques se rendent aux noeuds iléocaecaux.

L'innervation provient du plexus mésentérique.

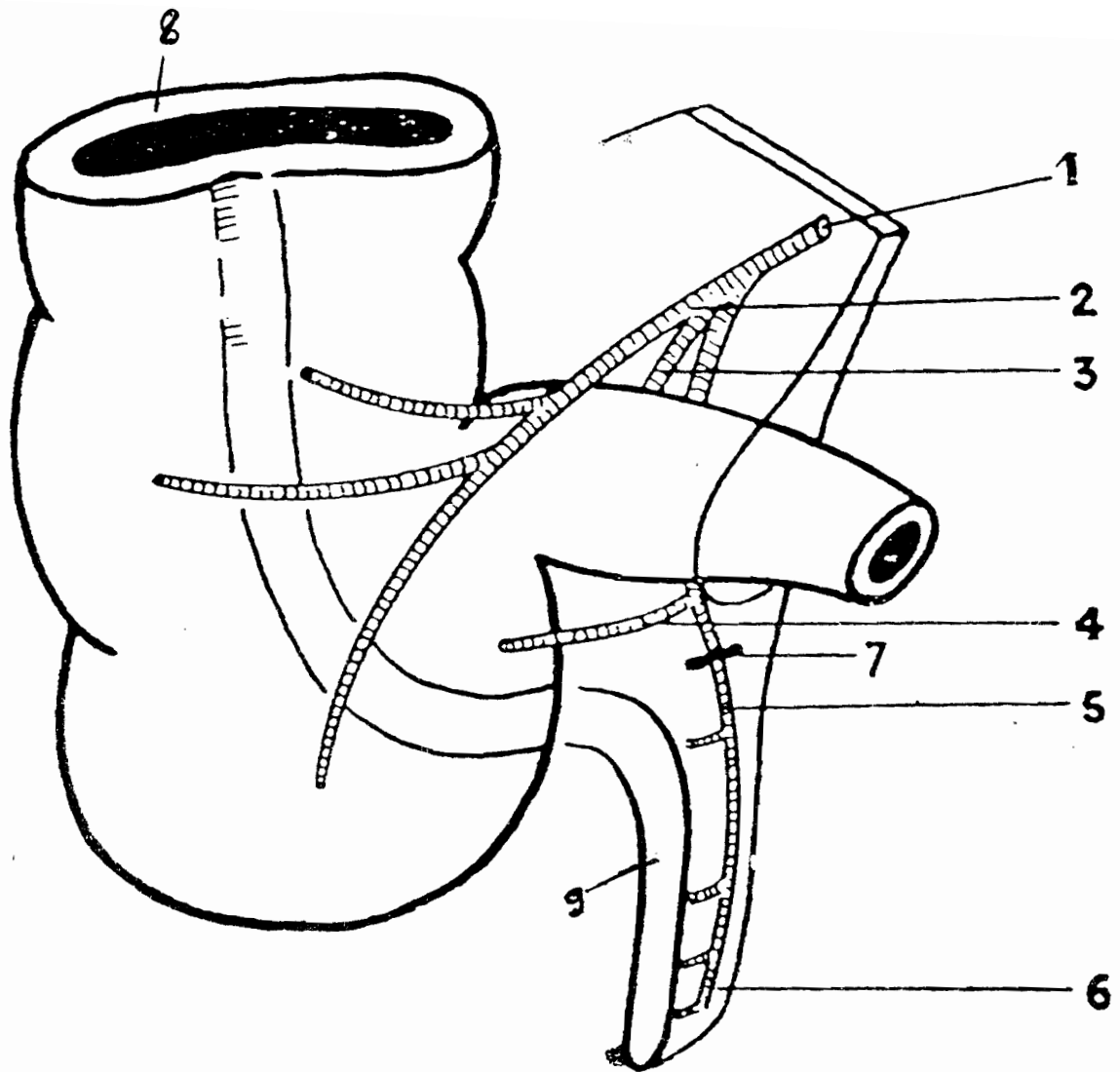


Fig. 1

Disposition anatomique classique de la région iléo-caeco-appendiculaire.

Ref (1)

1. Artère iléo-caeco colique;
2. Artère caecale antérieure;
3. Artère caecale postérieure;
4. Artère recurrenente caecale;
5. Artère appendiculaire;
6. Méso-appendice;
7. Ligature de l'artère appendiculaire
8. Caecum
9. Appendice

## 1. 6 RAPPORT DE L'APPENDICE

### 1. 6. 1 POSITION LATERO CAECALE INTERNE OU NORMALE (70 %) (1)

Ses rapports chirurgicaux sont:

- en dedans, l'uretère et les vaisseaux iliaques externes
- en dehors, le muscle psoas croisé par le nerf fémoro-cutané

### 1. 6. 2 VARIATIONS POSITIONNELLES (66)

Si la base d'implantation est constante, la direction, les rapports pariétaux et vasculaires de l'appendice sont variables.

Les positions inhabituelles suivantes peuvent être retenues (fig 2) :

- Appendice RetroCaecal (25%) ; il est :

\* soit fixé par des adhérences péritonéales derrière le caecum et remontant plus ou moins haut derrière le côlon ascendant, voire jusqu'à l'angle colique droit (appendice sous-hépatique).

\* soit libre, non fixé derrière un caecum flottant ou un caecum descendant libre

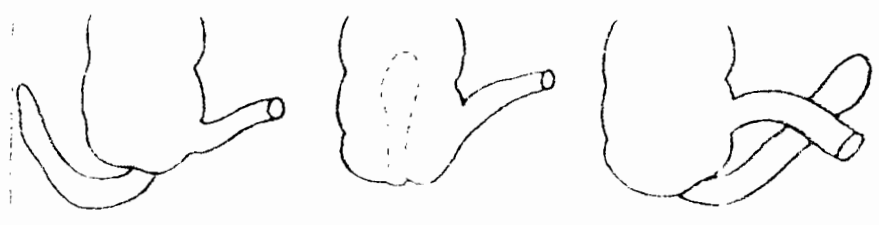
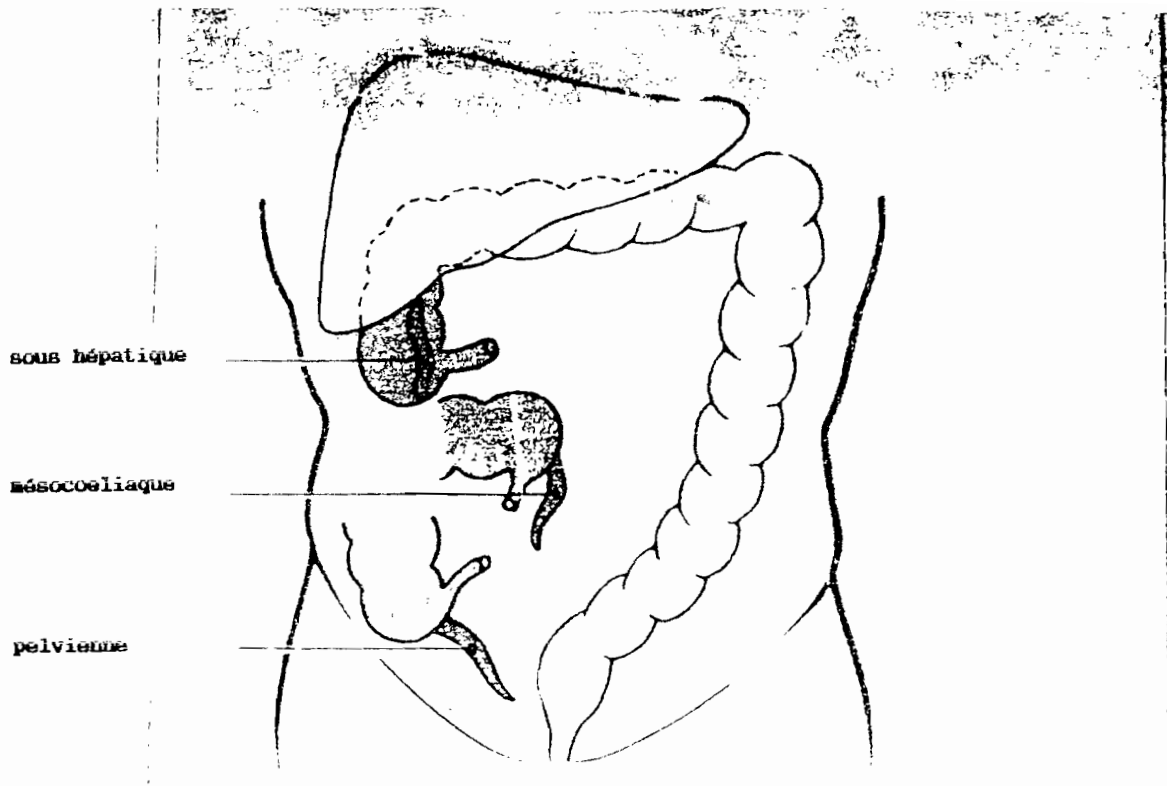
\* soit sous séreux, localisé dans le mur caecal extrinsèque, lui même recouvert du péritoine.

- Appendice Pelvien (5%) ; L'appendice est long avec son meso étiré; il plonge dans la cavité pelvienne et peut contracter des rapports avec vessie, rectum, utérus, ovaire, ligament large.

- Appendice Mésocoeliaque (1%); l'appendice est orienté en dedans, passe en arrière de la dernière anse grêle vers la face postérieure du mésentère.

- Appendice à Gauche; par situs in versus est à citer pour mémoire Exceptionnellement on peut citer le syndrome de CHUVAIDITI (60,66) (position inter hépato diaphragmatique du côlon) et l'appendice dans la "cavité thoracique" (66) .





latéro-cæcale  
interne

rétro-cæcale

mésocoliaque et rétro-  
cæcale

Fig. 2

Les différentes positions de l'appendice

( cf Adloff(2) )

## 2. PHYSIOPATHOLOGIE

L'appendice iléocaecal chez l'homme se remplit, à partir du contenu caecal. Quand celui-ci contient un milieu de contraste, l'appendice dessine une image animée de mouvements de contorsion, comme ceux d'un ver, d'où le nom d'Appendice Vermiculaire (30).

L'appendice se vide ensuite de lui-même, par péristaltisme, pour être rempli à nouveau quelques instants plus tard.

La couche musculaire assure le péristaltisme du contenu appendiculaire vers la lumière colique.

Le renouvellement périodique de la muqueuse appendiculaire et les formations lymphoïdes dans la sous muqueuse assurent les mécanismes de défense de l'organe.

L'appendice présente des dispositions favorables à l'infection, car ayant une lumière étroite et communiquant avec le côlon à contenu septique.

Cette infection peut survenir selon trois modalités:

- 1 - Par voie hématogène
- 2 - Par contiguité
- 3 - Par voie endogène.

La voie hématogène : Sa porte d'entrée est située à distance et les germes atteignent l'appendice par voie sanguine. Il s'agit d'une éventualité très rare que l'on peut rencontrer au cours de la grippe, des infections pulmonaires, des angines, des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde et de certaines septicémies.

La contiguité : L'atteinte appendiculaire se fait de dehors en dedans à partir d'un foyer infectieux de voisinage en particulier gynécologique.

Il s'agit dans ce cas, plus d'une irritation de la séreuse appendiculaire par proximité d'un foyer inflammatoire ou suppuratif que d'une infection véritable.

La voie endogène : L'obstruction de la base de l'appendice est surtout provoquée par des stercolithes. Mais fréquemment l'occlusion appendiculaire est provoquée par des débris végétaux, parasites, corps étrangers (34,70). Cette occlusion entraîne une obstruction progressive des veines, puis une interruption artérielle d'où ischémie et gangrène. Il existe un état de virulence de la flore intestinale. Quelque soit le mode d'infection appendiculaire, les germes vont pénétrer à partir d'ulcérations muqueuses dans la paroi de l'appendice

### **3. ANATOMIE PATHOLOGIE**

L'inflammation de l'appendice peut se manifester sous plusieurs aspects anatomopathologiques. Ces lésions peuvent se succéder, de gravité croissante ou paraître d'emblée avec le maximum d'intensité. Ainsi, on distingue :

- Les appendicites aiguës et ses formes évolutives
- L'appendicite chronique
- L'appendicite parasitaire
- Les autres lésions, de découverte fortuite.

#### **3.1 ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES ET EVOLUTION DES APPENDICITES :**

Le tableau 1, décrit les différentes structures macroscopiques, microscopiques et l'évolution des affections sus-citées.

**TAB 1 : ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'APPENDICITE**

DIAGNOSTIC	ASPECT MACROSCOPIQUE DE L'APPENDICE	HISTOLOGIE	EVOLUTION
Appendicite catarrhale	Hyperhémie, congestif avec accentuation du dessin vasculaire Réaction liquidienne séreuse	Discrète inflammation de la sous-muqueuse	- Regression - diffusion de l'inflammation. - A. chronique
Appendicite aiguë ulcéreuse "Très inflammatoire"	Organe rouge, turgescent, oedématié avec quelques dépôts de fausses membranes Réaction péritonéale de type séreux	ulcération muqueuse, couplée d'une infiltration leucocytaire prononcée des parois appendiculaires et de lymphocytes	- lésions plus évoluées (A. gangréneuse, Plastron, Phlegmoneuse, Péritonite généralisée)
Appendice aiguë purulente, phlegmoneuse	Abcès appendiculaire Aspect en battant de cloche, suppuration de la pointe, fausses membranes nombreuses Réaction péritonéale séropurulente	Micro abcès, la paroi muqueuse largement détruite	- A gangréneuse - plastron - Péritonite généralisée
Appendicite gangréneuse	Aspect verdâtre, nécrotique avec des plaques de sphacèles noirâtres; Réaction louche malodorante	Nécrose et infection entraînant la destruction des éléments de la paroi appendiculaire	- Péritonite
Perforation Appendiculaire	Réaction péritonéale de type purulent	Destruction des éléments de la paroi appendiculaire	- Plastron - Fistulisation à la peau - Péritonite
Appendicite sub-aiguë	Dimension et aspect peu modifiés	les lymphatiques dilatées peuvent former un chapelet avant l'allure d'une A. tuberculeuse	- Régression - Stades plus évolués
Appendicite chronique	Surface externe pâle faite de zones cruentées, paroi épaisse, amincie, sans souplesse	sclérose jeune et avasculaire, sous séreuse riche en fibres collagènes	- Douleurs répétitives  poussée aiguë pouvant évoluer vers les différentes étapes évolutives
Appendicite Bilharzienne	Normal ou Aspect plus ou moins catarrhal	Polynucléaires éosinophiles	- A. chronique - A. aiguë ou différents stades
Autres Lésions			
carcinoïde	lésions +/- supérieures à 2 cm	Decouverte histologique	
Adénocarcinome de l'appendice	Aspect non spécifique	Découverte histologique	
Mucocèle	dilatation kystique	cellules épithéliales	

A = Appendicite

### **3.2 ETIOPATHOGENIE DES APPENDICITES (17,33)**

Trois groupes sont à distinguer :

**3.2.1 APPENDICITES PRIMITIVES NON SPECIFIQUES** : Sont dues à des aérobies hôtes normaux de l'intestin: colibacille (80 %), streptocoque non hémolytique. Elles sont parfois en rapport avec une infection à anaérobies: bacillus funduliformis, clostridium perfringens. L'appendicite gangréneuse est la caractéristique clinique de cette forme, donnant des petits foyers de nécrose ou de suppuration limitée à la muqueuse (Appendicite toxique de Dieulafoy).

#### **3.2.2 APPENDICITES SPECIFIQUES :**

On distingue :

- L'appendicite tuberculeuse révélée par des granulations de la séreuse appendiculaire. Il existe des formes locales qui peuvent évoluer vers la péritonite tuberculeuse.

- L'appendicite typhique : les îlots lymphoïdes hypertrophiques contiennent des cellules de Rindfleisch caractéristiques.

- L'appendicite morbilleuse contemporaine de la rougeole. On retrouve dans les follicules lymphoïdes, les cellules géantes de Warthin Finkelday.

- Les appendicites accompagnant les adénolymphites mésentériques, caractérisées par des îlots intrafolliculaires suppurés et épithéloïdes, évocatrices d'infection à bacille de MALLASSEZ - VIGNAL.

#### **3.2.3 LES APPENDICITES D'ACCOMPAGNEMENT**

Sont des inflammations développées sur un appendice anormal. Quatre circonstances principales sont à retenir :

+ la présence d'un diverticule appendiculaire,

+ la présence d'une tumeur,

+ la présence d'un mucocèle,

+ la présence de parasite dans une appendicite 35 % (33)

On peut parler d'appendicite parasitaire quand les parasites pénètrent plus ou moins dans la paroi en s'entourant d'une réaction inflammatoire à laquelle participent les éosinophiles.

#### 4. CLINIQUE DES APPENDICITES

##### 4.1 Les appendicites aiguës

##### 4.1.1 La Crise Appendiculaire de l'Adolescent ou de l'Adulte Jeune en position iliaque droite.

C'est un patient qui se plaint de l'abdomen et qui a vomi. Les douleurs abdominales sont pratiquement constantes (93% des cas (24)).

- D'apparition brutale, « un coup de poignard » (68), intenses, elles sont souvent précédées de douleurs plus ou moins vives et plus brèves, voire d'une simple gêne ou d'épigastralgies. Ailleurs elles peuvent être modérées au début et augmenter progressivement d'intensité.

Elles siègent habituellement dans la Fosse Iliaque Droite (FID), mais au début sont diffuses ou localisées à l'épigastre (9 fois sur 10 (24)). Les vomissements attirent l'attention. Mais ils peuvent être remplacés par un simple état nauséux. Cependant la langue est saburrale et l'haleine désagréable.

- La constipation est classique. Elle peut être remplacée par la diarrhée sans être pour autant le témoin de formes graves ou toxiques.

- Le syndrome infectieux est habituellement modéré;

La fièvre oscille autour de 38° - 38°5 c;

Le pouls dans cette forme de gravité moyenne est en rapport avec la température, bien frappé.

##### 4.1.2 A l'EXAMEN

L'état général est bon, le faciès à peine angoissé.

**ATTITUDE DU MALADE:** Figé, à la démarche un peu penchée à droite.

L'inspection aura noté parfois un météorisme discret ou une gêne à l'inspiration profonde; l'absence de cicatrice dans la FID.

A la palpation, on retrouve une douleur provoquée au niveau de la FID une défense associée au point de Mac Burney.

Les touchers pelviens réveillent parfois une douleur vive dans le cul-de-sac de Douglas, du côté droit.

Au total pour le diagnostic clinique d'appendicite, il faut évoquer l'association de douleur spontanée, fièvre défense dans la FID, douleur aux touchers pelviens.

#### 4.1 3 Les Examens Complémentaires :

\* La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

\* L'ASP : inutile en cas de crise appendiculaire . La clarté gazeuse du caecum permet de repérer son siège; parfois la présence d'un coprolithe calcifié de la FID (7,72), a une valeur de présomption en faveur de l'appendicite aigue.

\* LB : Lavement Baryté, contre indiqué dans le cas de perforation. Les signes d'orientation les plus fréquents sont:

- non visualisation de l'appendice ou remplissage imparfait
- irrégularité du bord interne du caecum
- refoulement du caecum
- déplacement de la dernière anse grêle.

\* ECHOGRAPHIE de la FID, constitue un apport intéressant dans le diagnostic de l'appendicite. Les signes échographiques selon Taboury (86) sont :

- la paroi de l'appendice est dissociable en trois plans, sauf dans un territoire de nécrose pariétale totale ou fistulisation,

- son extrémité peut être soufflée, renflée ou massive avec une paroi épaisse et hypoéchogène.

- un stercolithe appendiculaire est identifiable

- existence d'un épanchement liquidien intrapéritonéal, avec plages anéchogènes autour de la vessie et entourant les anses grêles (7).

\* LA COELIOSCOPIE : est utilisée pour différencier une infection génitale d'une appendicite chez la femme. Il faut voir l'appendice et ne pas se contenter d'un vaste aspect congestif des annexes.

#### 4.1.4 Evolution ( voir tableau 1)

L'évolution est imprévisible.

+ La résolution est possible.

+ La douleur initialement localisée, s'étend en même temps que la défense, fait place à une contracture qui diffuse: c'est la **péritonite généralisée** par diffusion ou par perforation.

La péritonite généralisée d'emblée peut se présenter sous deux formes:

- La péritonite franche aiguë purulente; le diagnostic mal aisé prête à confusion avec une perforation d'organe creux.

- La péritonite putride dans laquelle les signes d'une intoxication aiguë sont au premier plan. Les signes locaux sont atténués.

+ La douleur peut s'installer en deux temps séparés par une accalmie trompeuse. Puis soudain, survient un syndrome péritonéal franc avec une Altération de l'Etat Général (A.E.G). C'est la péritonite à deux temps. L'évolution d'une appendicite non traitée n'est pas toujours aussi grave. Le plastron appendiculaire correspond à l'agglutination du caecum, des anses grêles, de l'épiploon et du péritoine pariétal. On assiste à sa régression progressive et spontanée possible.

Quelque fois le plastron évolue vers le ramollissement central correspondant à l'apparition d'une collection suppurée. La fustilisation à la peau est possible avec guérison définitive. (89)

#### 4.1.5.FORMES CLINIQUES

##### 4.1.5.1.FORMES SYMPTOMATIQUES

\* FORME ASTHENIQUE : Correspond à une diminution des signes locaux et généraux qui peuvent entraîner un retard dans le diagnostic. Cette forme est retrouvée chez le vieillard, l'immunodéprimé, le nourrisson ou en cas de corticothérapie générale.

\* L'APPENDICITE TOXIQUE : Correspond à une **gangrène massive** appendiculaire, et associe une A.E.G avec un état de choc. La survenue d'une anurie et d'un ictère, marque l'évolution dramatique de cette forme. Elle est fréquente chez l'enfant.



#### 4.1.5.2 FORMES TOPOGRAPHIQUES

\* L'APPENDICITE PELVIENNE: Les signes pelviens sont évocateurs : tenesme rectal ou vésical et surtout douleur latéro-pelvienne droite vive et constante aux touchers pelviens.

\* L'APPENDICITE RETROCAECALE : L'existence d'une inflammation du muscle psoas ou psoïtis est constante et se traduit soit par une accentuation de la douleur provoquée à la palpation, soit par une véritable attitude antalgique en flexion de la hanche gênant la marche. L'examen du malade retrouve des douleurs latérales et postérieures et une défense au dessus de la crête iliaque.

\* L'APPENDICITE MESOCOELIAQUE : Se présente sous la forme d'une occlusion fébrile du grêle. Le tableau s'explique par la situation de l'appendice en avant du promontoire au milieu des anses intestinales.

\* L'APPENDICITE SOUS-HEPATIQUE: Se manifeste par une douleur et une défense provoquées dans l'hypochondre droit. Cette topographie est liée à une rotation caecale sous le foie. La différenciation avec une poussée de cholecystite est difficile et en cas de doute il faut intervenir.

\* L'APPENDICITE HERNIAIRE : simule un étranglement herniaire. L'évolution se fait habituellement vers le phlegmon herniaire. C'est le plus souvent une découverte opératoire.

\* L'APPENDICITE A GAUCHE : reproduit dans la FIG les signes retrouvés à droite dans la forme typique. Cette topographie est liée à un situs inversus ou à un mésentère commun (65)

#### 4.1.5.3 FORMES SELON LE TERRAIN :

\* APPENDICITE CHEZ LA FEMME ENCEINTE: 0,1% (24,65) Les difficultés de diagnostic expliquent la fréquence des formes évoluées rencontrées. En début de grossesse, les vomissements et la douleur sont souvent mis sous le compte d'une pyélonéphrite, d'une complication ou du siège ectopique de la grossesse.

Dans les derniers mois de la grossesse <sup>la douleur</sup> est rapportée à la grossesse. Le pronostic est sérieux pour la mère et le fœtus. Les signes d'examen sont (74) :

La douleur est isolée, sans vomissement ni fièvre

La contracture utérine est un signe classique de l'appendicite gravidique. Le Toucher Pelvien (TP) est douloureux.

\* Chez le nourrisson, le petit enfant et l'enfant, le diagnostic est difficile aboutissant à des formes compliquées.

\* Chez le vieillard(69) , par le retard diagnostique, l'appendicite évolue vers l'apparition d'une pseudo-tumeur inflammatoire périappendiculaire.

#### 4.1.6. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

On recherche :

##### \* LES AFFECTIONS MEDICALES :

- la colite
- les affections urinaires
- l'hépatite virale
- les affections rhinopharyngées à traduction abdominale chez l'enfant
- les intoxications alimentaires
- les parasitoses

##### \* LES AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES :

- les salpingites
- la torsion du kyste de l'ovaire,
- la rupture du kyste fonctionnel de l'ovaire
- la G.E.U droite

##### \* LES AFFECTIONS CHIRURGICALES :

- la cholécystite
- la perforation d'ulcère duodénal
- la maladie de CROHN
- le cancer colique droit (caecum, côlon ascendant)
- la sigmoïdite diverticulaire

#### 4.1.7. LE TRAITEMENT

Le traitement de l'appendicite aiguë est exclusivement chirurgical: C'est l'APPENDICECTOMIE.

#### 4.2 L'APPENDICITE CHRONIQUE

Elle se traduit par des douleurs abdominales non spécifiques. Cette notion reste toujours discutée entre cliniciens et anatomopathologistes. Pour bon nombre de cliniciens, il n'existe pas d'appendicite chronique, tandis que pour d'autres cette entité se traduit par de troubles gastriques, de sensation de pesanteur de brûlure au niveau de la FID associés à une constipation opiniâtre. Ce sont les syndromes douloureux chroniques de la F.I.D, rebelles aux thérapeutiques médicamenteuses.

Chez les enfants certains auteurs pensent que la douleur de la FID est une colique appendiculaire provoquée par un coprolithe que l'appendicectomie fait disparaître.

L'examen physique objective peu de choses.

Pour éliminer une cause organique un bilan est nécessaire (LB, transit du grêle, UIV, coelioscopie).

Le diagnostic d'appendicite chronique a quelque chose de reposant.

Pour les anatomopathologistes les lésions chroniques de l'appendice sont indiscutables.

### **4.3. TUMEURS APPENDICULAIRES**

L'existence des tumeurs appendiculaires, leur caractère parfois inaccessible à la macroscopie justifient largement l'examen anatomopathologique de principe de tout appendice enlevé (32).

**4.3.1 TUMEUR CARCINOÏDE** : 0,20 % des appendicectomies (65) dont 80 % 90 % des tumeurs malignes de l'appendice. Leur traitement est codifié:

- Pour la découverte histologique d'une lésion de 1 cm de diamètre sans métastase, l'appendicectomie seule suffit.

- Lors d'une appendicectomie, la découverte d'une tumeur de 2 cm à la macroscopie nécessite une recherche et un prélèvement ganglionnaire.

L'hémicolectomie droite est secondaire après confirmation histologique.

- Pour des tumeurs intermédiaires (1-2 cm), l'hémicolectomie droite est conseillée et est fonction de l'envahissement du méso et/ou de la séreuse

### **4.3.2 ADENOCARCINOME DE L'APPENDICE**

Le diagnostic est histologique. L'hémicolectomie droite secondaire est une attitude de principe. L'appendicectomie seule suffit quand la tumeur se limite à la sous muqueuse et muqueuse .

**4.3.3 MUCOCELE** : Dilatation kystique d'un appendice rempli de mucus; 0,3% des appendicectomies. Le diagnostic de malignité est posé par l'existence des cellules épithéliales dans les laes muqueux.

Les prélèvements histologiques au niveau du caecum et des ganglions déterminent la nature de l'intervention.

L'appendicectomie simple suffit; elle peut être associée à l'hémicolectomie droite " de principe".

On peut citer pour mémoire les tumeurs rares :

- Lymphome malin de l'appendice
- Tumeur villose de l'appendice (32)
- Endométriose appendiculaire.

## **5 - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'APPENDICITE**

### **5.1 Indications**

Nous regroupons en trois catégories les indications des appendicectomies :

5.1.1 L'indication est "formelle" pour les appendicites aiguës (syndrome appendiculaire aigu) ou ses complications (1,2).

5.1.2 L'indication est "discutable" pour:

- les appendicites chroniques (39,85,93)

- les appendicites compliquées déjà médicalement traitées (Plastron).

5.1.3 L'appendicectomie de principe est "très discutable" :

- au cours de laparotomie pour affection abdominale opérée à froid .

- devant des sièges anatomiques de l'appendice, pouvant entraîner des difficultés opératoires sur la voie classique de Mac Burney ( M.B)

- au cours de laparotomie pour affection abdominale opérée "à chaud" (ulcère perforé)

- à titre préventif chez des couches socio professionnelles (armée, navigateurs (9) ou des malades en zones non médicalisées (39) .

### **5.2. Techniques du Traitement Chirurgical**

#### **5.2.1 Les Voies D'abord (cf Fig 3)**

Les principales voies d'abord sont :

**a - l'incision de Mac BURNEY (MB) :** utilisée dans les appendicites simples et/ou ses complications (plastron, abcès) . Elle débute à environ deux à trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro supérieure et se termine à cheval sur la ligne ombilico-spinale (un tiers au dessus, deux tiers en dessous).

**b - l'incision de JALAGUIER :** c'est une incision verticale, au niveau du bord externe du grand droit.

#### **c - Autres voies d'abord**

**c.1 l'incision de ROUX :** débute à deux travers de doigt au dessus et en dedans de l'épine iliaque supérieure et se continue à deux centimètres au dessus de l'arcade crurale.

**c.2 l'incision de Max-SCHULLER :** sur la ligne blanche externe.

**d - la voie médiane :** sus et/ou sous ombilicale, pratiquée d'emblée dans les péritonites appendiculaires généralisées, ou utilisée secondairement.

C'est la voie d'abord principale pour les interventions abdomino-pelviennes.

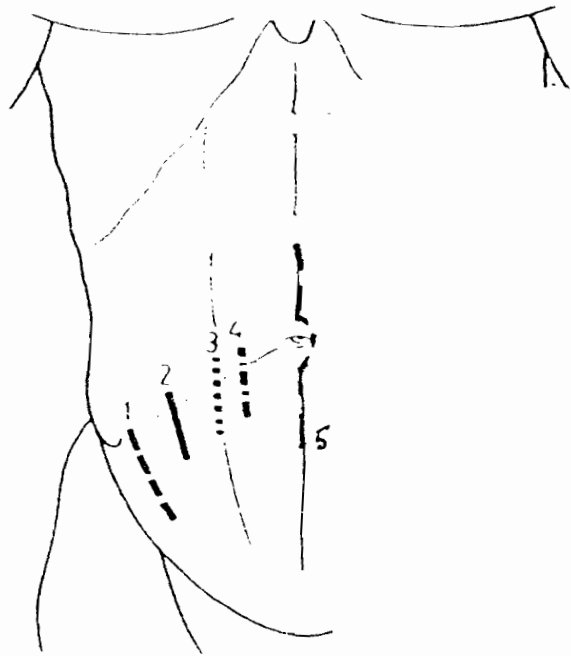


Fig. 3. — Les différentes incisions de l'appendicectomie.

1. de Roux (parallèle à l'arcade fémorale) ;
2. de Mac Burney (de dissociation musculaire) ;
3. de Max Schuller (sur la ligne blanche externe) ;
4. de Jalaguier (sur la gaine du grand droit).
5. Médiane

( Extrait de Adloff (1) )

e - Accessoirement, l'appendicectomie est complémentaire à certaines interventions abdominales. Sa voie d'abord reste, la voie utilisée pour accéder à la pathologie primitive.

### 5.2.2 Technique d'appendicectomie simple

#### a - Type d'incision : le Mac BURNEY (MB)

+ La peau est incisée: - soit verticalement (incision parallèle à la direction des fibres du grand oblique)

- soit horizontalement à la hauteur de l'épine iliaque .

+ Après incision cutanée et sous cutanée, on reconnaît l'aponévrose du grand oblique. Elle est incisée à l'obliquité du grand oblique sur toute la longueur de la plaie.

+ Les bords de cette aponévrose sont rétractés latéralement par deux écarteurs de farabeuf et dans l'intervalle apparaît le muscle petit oblique et dont les fibres sont perpendiculaires à celles du grand oblique.

+ Ce muscle ainsi que le transverse sousjacent sont incisés parallèlement à leurs fibres. On rencontre quelquefois à ce niveau une petite branche de l'artère circonflexe profonde qui sera liée.

+ Incision du fascia transversalis sousjacent et mise en place de deux écarteurs sur les bords de la dissociation. Le péritoine apparaît . Son ouverture doit être prudente car le côlon et l'intestin peuvent être accolé au péritoine par la pression abdominale. Le péritoine est saisi par une pince atraumatique. Il est ouvert superficiellement par une moucheture au ciseau. A ce moment l'assistant exerce une traction vers la superficie des écarteurs de farabeuf. Les écarteurs sont ensuite introduits dans l'ouverture péritonéale élargie (cf Fig 4).

#### b - Recherche et extériorisation de l'appendice

Le côlon droit est facilement individualisé par la présence de bandelettes musculaires.

L'appendice dans les cas simples est libre. Il est trouvé sur la face interne du caecum. Il est extériorisé par la partie caecale adjacente à son point d'implantation.

#### c - Appendicectomie proprement dite

Sans difficulté d'extériorisation du caecum, l'appendicectomie est dite antérograde. Pour cela il faut:

- étaler le méso appendice par deux tractions (appendice-caecum)
- identifier la disposition vasculaire

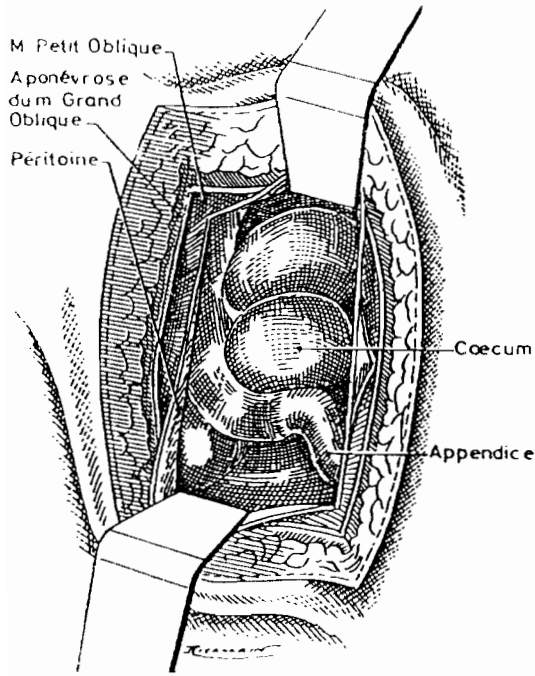


Fig. 4 — Le péritoine a été ouvert, découvrant le cœcum et l'appendice iléo-cœcal.

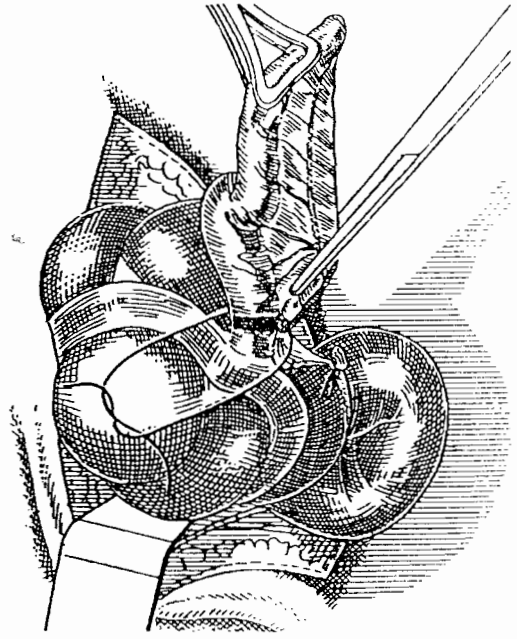


Fig. 6 — Ligature de l'appendice après écrasement préalable

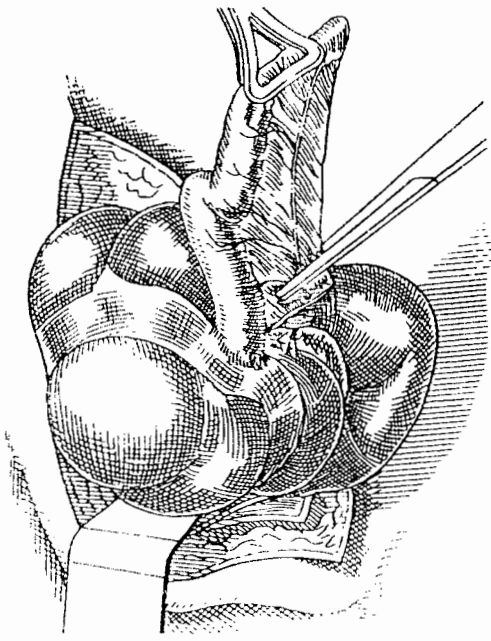


Fig. 5 — L'appendice iléo-cœcal a été extériorisé et est maintenu par une pince en cœur. Une ligature a été placée sur le méso-appendice proximal et celui-ci sectionné entre cette ligature et une pince distale.

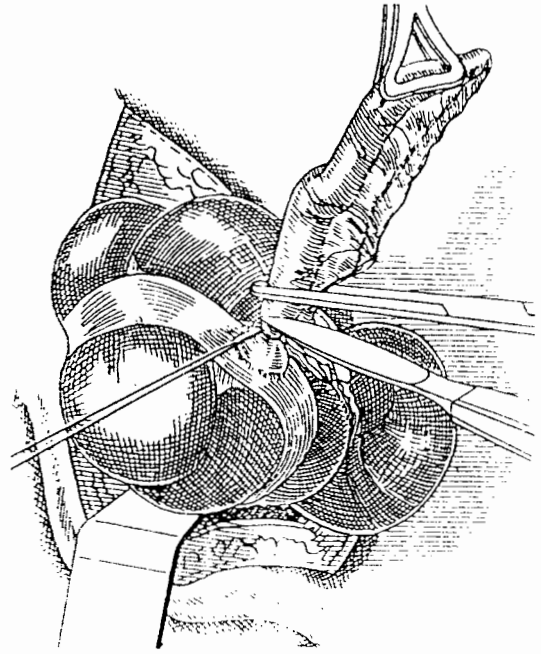


Fig. 7 — Section de l'appendice au bistouri

[ Toutes ces figures sont extraites de Adloff 1 ]

- pratiquer un passage à travers le méso, au niveau de la base d'insertion appendiculaire. Par cet orifice un fil à resorption lente est passé. Le méso sera ligaturé en deux ou trois prises, selon sa longueur. La section du méso, entre l'appendice et la ligature est faite plus près de l'appendice et à distance de la ligature (cf Fig 5) La base appendiculaire sera écrasée puis une ligature au fil à resorption semi lente est placée à cet endroit (fig 6). La section de l'appendice aura lieu entre la ligature et une pince distale (fig 7). Le moignon sera désinfecté. En cas de non enfouissement, la réintégration du moignon est assuré par la pince placée sur le fil de manière à éviter son contact direct avec la paroi abdominale.

#### **d - Fermeture**

Elle se fait du plan profond à la peau. Il faut:

- pratiquer la fermeture étanche du péritoine
- rapprocher les muscles petit oblique et transverse
- suturer le plan aponévrotique superficiel par deux à trois points de fil à resorption lente
- rapprocher le plan sous cutané et suturer par des points cutanés.

#### **e - Gestes associés**

**e.1 Enfouissement** : Une bourse de fil à resorption lente est préparée autour du moignon appendiculaire. Une pince à disséquer saisit le caecum en face de deux fils, tandis qu'à l'aide d'une autre pince le moignon est invaginé dans la paroi caecale, en même temps que l'on exerce une traction sur les fils de la bourse, qui est ensuite serrée. (fig 8)

#### **e.2 Recherche du diverticule de MECKEL**

La dernière anse iléale est individualisée et extériorisée à la pince atraumatique longue. Avec une deuxième pince du même type, l'iléon est vérifié en le réintégrant au fur et à mesure sur un mètre environ. Si le diverticule est retrouvé, il est reséqué systématiquement. En absence du diverticule, la fermeture pariétale est envisagée.

#### **e.3 Le drainage**

La notion de drainage est controversée.

Le drainage après appendicectomie a ses indications:

- siège ectopique avec difficultés de dissection
- difficulté opératoire de fermeture caecale ou d'hémostase.
- péritonite appendiculaire.



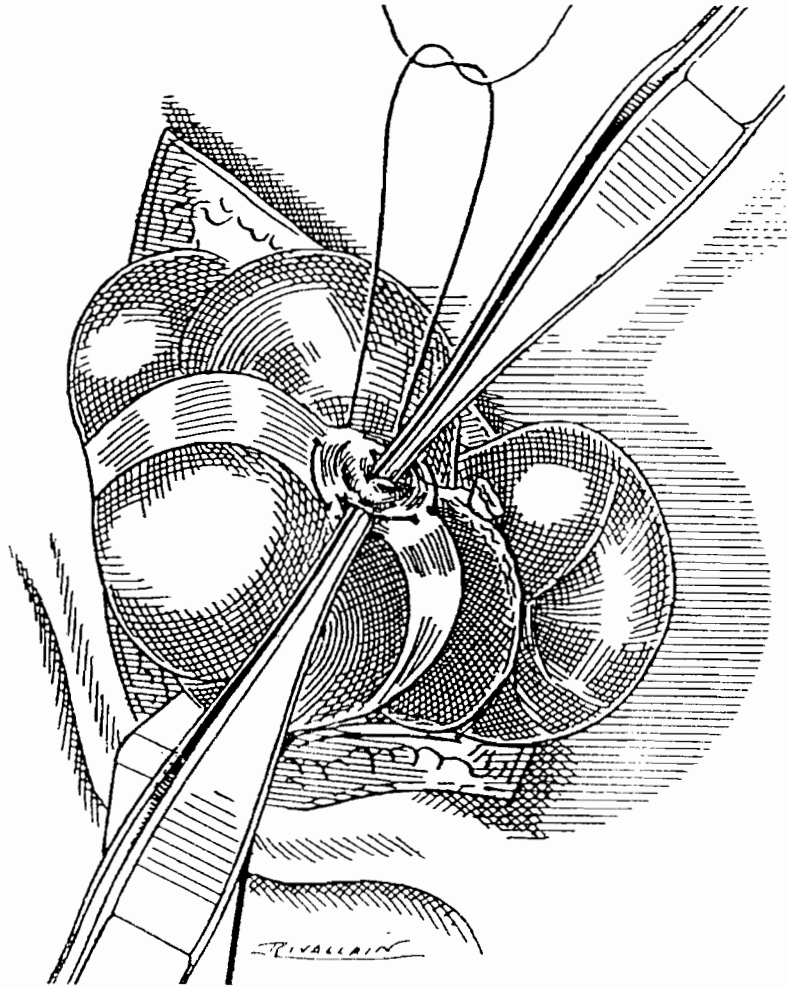


Fig. 8. — Le fil, au ras du moignon, est saisi par une pincette qui enfonce le moignon dans le centre de la bourse dont le fil est noué. Une autre pince à l'opposé de ce nœud, aide à l'enfouissement.

(cf Adloff 1) 1

#### **e.4 Antibiothérapie**

L'indication des antibiotiques reste discutée. Les rares cas de gangrène pariétale, observés après appendicectomie, et les formes cliniques sévères imposent une antibiothérapie adaptée aux normes de l'antibiogramme pratiqué sur les prélèvements opératoires.

**2.3 DANS LES APPENDICECTOMIE DIFFICILES**, on peut s'aider de trois techniques (1) :

- Les ligatures "en escalier": Procédé de **KIRSCHNER**, applicable aux appendices fixés en profondeur, inexteriorisables. On commence par placer une ligature sur un endroit accessible de l'appendice. Puis on libère l'appendice pas à pas vers le plan profond.

- La voie rétrograde: En cas d'appendice très adhérent, la visualisation de la base étant en général aisée, l'intervention se fait par section de l'appendice avec ligature. L'appendice est ensuite extériorisé et le méso ligaturé.

- L'appendicectomie sous séreuse: Il s'agit, après section partielle de la base de l'appendice, de trouver un plan de clivage sous muqueux de l'appendice, qui sera enlevé, ses enveloppes restant en place.

#### **.4 AUTRES TECHNIQUES**

- La technique d'appendicectomie par laparoscopie (11,37,61,66,90).

- L'appendicectomie intracaecale chez l'enfant (22)

- Fermeture du moignon appendiculaire par clip d'hémostase à ciel ouvert (KINGSLEY in 66).

#### **5.3 COMPLICATIONS DE L'APPENDICECTOMIE**

##### **5.3.1 COMPLICATIONS OPERATOIRES**

**a - Complications vasculaires** : Toute source d'hémorragie doit être recherchée et maîtrisée rapidement. Cette hémorragie peut survenir lorsque le méso est gras, épais, oedematié ou lâche. Cette suffusion hémorragique peut être source d'infection loco-régionale.

**b - Complications digestives** : Des plaies séreuses, séromusculaires, voire de la paroi intestinale peuvent survenir au moment de l'ouverture du péritoine.

Toute plaie survenue par inadvertance doit être réparée avec soin par points séparés au fil à resorption lente.

**c - Appendicectomie partielle** : si l'appendice est rompu, lors des manipulations, la partie restante doit être à tout prix enlevée justifiant un agrandissement ou un complément de dissection.

### 5.3.2 COMPLICATIONS POST OPERATOIRES

#### a - Complications hémorragiques:

1 - Un tableau d'hypovolémie, avec pâleur, effondrement artériel, accélération du pouls en période post opératoire immédiate doit faire évoquer un lâchage de la ligature du méso. La reprise chirurgicale est urgente et le drainage est nécessaire.

2 - L'hématome superficiel survient après une dissection difficile avec suintement progressif sur des zones cruentées.

#### b - Complications septiques : (24)

**b.1 Les infections pariétales:** Sont le fait des appendicites suppurées ou ayant donné des difficultés opératoires.

- L'abcès de paroi entre le 6<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> jour cède simplement après débridement

- La gangrène gazeuse : infiltration marbrée, ou cuivrée, crépitant sous les doigts, s'accompagne d'une toxi-infection. Il faut débrider la plaie et installer une antibiothérapie (Peni G - Métronidazole).

**b.2 Les fistules intestinales, caecales:** sont rarement en rapport avec un lâchage du moignon appendiculaire. Il s'agit d'une nécrose infectieuses du caecum ou d'un traumatisme au cours des manoeuvres opératoires. Elles s'extériorisent par l'orifice du drainage ou la cicatrice. Dans la grande majorité des cas le trajet fistuleux est court et ne communique pas avec la grande cavité péritonéale. Les fistules caecales guérissent presque toujours sans nécessiter une réintervention.

#### **b.3 Les péritonites post-opératoires**

Ces péritonites peuvent survenir dans les formes suppurées, gangrenées ou tardivement opérées ou même après une appendicetomie faite "à froid". Dans leur pathogénie, interviennent à des degrés variables :

- hémorragie du foyer opératoire, rapidement surinfecté.
- fistule caecale, ou iléale d'origine traumatique ou infectieuse
- mais parfois, il n'existe aucune cause évidente : **Syndrome du**

**5e jour** (76) dont les signes cliniques sont :

- \* apyrexie et émission de gaz dans les premiers jours post-opératoires.
- \* puis brusquement clocher thermique d'alarme, 39 ° c entre le 4e et le 6e jour
- \* faciès péritonéal avec vomissements puis Arrêt de Matières et Gaz ( A M G) et douleurs abdominales

\* Abdomen tendu, ballonné, douloureux et défense FID.

\*hyperleucocytose (10-20000 GB/mm<sup>3</sup>) avec polynucléose supérieure à 85%.

La traduction clinique des péritonites post-opératoires est variable suivant l'intensité du développement des adhérences :

soit une péritonite généralisée

soit une péritonite localisée ou abcès de siège variable (Douglas F.I.D, mésocoeliaque, sous phrénique, sous hépatique).

Leur traitement nécessite une réintervention, pour évacuer les produits septiques ou nécrosés, pratiquer un lavage minutieux de la cavité péritonéale, assurer un drainage efficace. Le traitement médical est associé.

#### **b.4 Les occlusions post opératoires**

Elles sont d'ordre mécaniques. Si elles sont précoces, elles sont dues à des adhérences au niveau d'un foyer inflammatoire persistant.

Tardives elles sont exclusivement dues à des brides.

La réintervention par voie médiane, consiste la plupart du temps à supprimer la cause mécanique de l'occlusion.

## II - METHODES ET MATERIEL

Notre étude porte sur 540 dossiers colligés à l'H.N.P.G de Bamako (Mali) dans le service de chirurgie "A" (Prof.S. SOUMARE).

Il s'agit d'une étude homogène retro et prospective menée sur 7 ans de Janvier 1985 à Décembre 1991.

Pour l'élaboration de ce travail, nous distinguons :

a - Une étude retrospective portant sur des dossiers retenus sur des arguments cliniques préopératoires et anatomopathologiques.

La sélection de ces dossiers se fait à partir des Comptes rendus opératoires (CRO). Pour notre série nous dénombrons :

+ 460 appendicectomies dont 360 appendicectomies pour syndrome appendiculaire et 100 appendicectomies "de principe".

+ 293 résultats anatomopathologiques

Cette étude s'étend du 1er Janvier 1985 au 31 octobre 1990.

b - Une étude prospective allant du 1er Novembre 1990 au 31 Décembre 1991. Elle comporte une fiche d'observation ( voir annexe), remplie pour chaque appendicectomie.

Dans cette fiche, l'étude clinique ne concerne que les syndromes appendiculaires. Nous avons dénombré alors:

+ 60 appendicectomies pour syndrome appendiculaire

+ 20 appendicectomies "de principe"

+ 73 résultats anatomopathologiques.

Tous les appendices enlevés étaient envoyés au laboratoire anatomopathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) de Bamako.

A partir de cette fiche nous avons :

- colligé les observations (facteurs épidémiologiques, signes cliniques et examens paracliniques)

- consigné les différents diagnostics

- notifié les constats opératoires

- suivi l'évolution du patient en post-opératoire immédiate (15 jours au plus, sans complications)

- déterminé les corrélations anatomocliniques.

### III - RESULTATS

#### 1 - FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES

##### 1.1 - Fréquence

Du 1er Janvier 1985, au 31 Décembre 1991, nous avons colligé:  
**3252 interventions chirurgicales (I.C)** Parmi lesquelles nous avons dénombré :

- \* 540 appendicectomies soit 16,6 % des I.C dont :
- +420 appendicectomies pour syndrome appendiculaire soit 12,91% des I.C
- + 120 appendicectomie "de principe" soit 3,69 % des I.C

##### **2.140 interventions abdominales (I.A)**

Les appendicectomies représentent le quart (25,23%) des I.A.  
Les appendicectomies pour syndrome appendiculaire occupent 19,63% des I.A et les appendicectomies "de principe" 5,61% des I.A

##### **1.265 interventions digestives (I.D)**

Les appendicectomies représentent 42,69% des I.D  
Les appendicectomies pour syndrome appendiculaire occupent 33,20% des I.D et les appendicectomies "de principe" 9,49% des I.D

##### **798 urgences chirurgicales (U.C)**

##### **513 urgences abdominales (U.A)**

##### **337 urgences digestives (U.D)**

- \* 155 appendicectomies faites en urgence, pour syndrome appendiculaire soit 19,42 % des U.C
- 30,21 % des U.A
- 46 % des U.D

Au total l'appendicectomie est pratiquée chez 16,6 % des I.C. Les syndromes appendiculaires occupent 12,91 % et représentent 46 % des U.D. L'appendicectomie "de principe" est pratiquée chez un malade sur 25.

##### **1.2 Repartition Des Appendicectomies Selon Le Sexe**

Sur les 420 appendicites des deux séries, nous dénombrons :

- 189 hommes soit 45%
- 231 femmes soit 55%
- le sex-ratio est de 0,82.

Sur les 120 appendicectomies de principe, nous notons :

- 35 hommes soit 29,17%
- 85 femmes soit 70,83 %
- le sex-ratio est de 0,41.

### 1.2 Repartition Selon le Sexe

Le sexe féminin est prédominant dans les deux séries.

**TAB 2. Repartition du Sexe selon les Appendicectomies**

TYPE  SEXE	ETUDE RETROSPECTIVE				ETUDE PROSPECTIVE			
	APPENDICECTOMIES				APPENDICECTOMIES			
	Pour Synd. Append.		De Principe		Pour Synd. Append.		De Principe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Homme	163	45,28	30	30	26	43,33	5	25
Femme	197	54,72	70	70	34	56,67	15	75
Total	360	-	100	-	60	-	20	-

N = Nombre      % = Pourcentage

Le sex-ratio est de 0,82 d'appendicectomie pour Synd. Append.

Le sex-ratio est de 0,41 d'appendicectomie "de principe"

**Tab 3 : Tableau Récapitulatif de la repartition du sexe**

SEXE	APPENDICECTOMIE			
	Pour Synd. Append.		" De Principe "	
	N	%	N	%
Homme	189	45	35	29,17
Femme	231	55	85	70,83
Total	420	-	120	-

### 1.3 Repartition Des Appendicectomies Selon l'Age

Nous avons reparti nos malades en sept groupes par tranche d'âges de 10 ans.

Dans notre série l'appendicectomie est pratiquée chez nos malades de 3 à 79 ans.

L'âge moyen est de 26,63 ans.

L'appendicectomie est rare aux âges extrêmes.

TAB 4 : Repartition selon l'âge des appendicectomies

AGE	ETUDE RETROSPECTIVE				ETUDE PROSPECTIVE			
	APPENDICECTOMIES				APPENDICECTOMIES			
	Pour Synd. Append.		De Principe		Pour Synd. Append.		De Principe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 - 10	8	2,22	7	7	2	3,33	3	15
11 - 20	69	19,17	10	10	10	16,67	1	5
21 - 30	138	38,33	26	26	25	41,67	2	10
31 - 40	70	19,44	25	25	15	25	6	30
41 - 50	33	9,17	13	13	5	8,33	4	20
51 - 60	21	5,83	9	9	2	3,33	3	15
Plus de 60	1	0,28	8	8	1	1,67	1	5
Indéterminé	20	5,50	2	2	-	-	-	-
Total	360	-	100	-	60	-	20	-

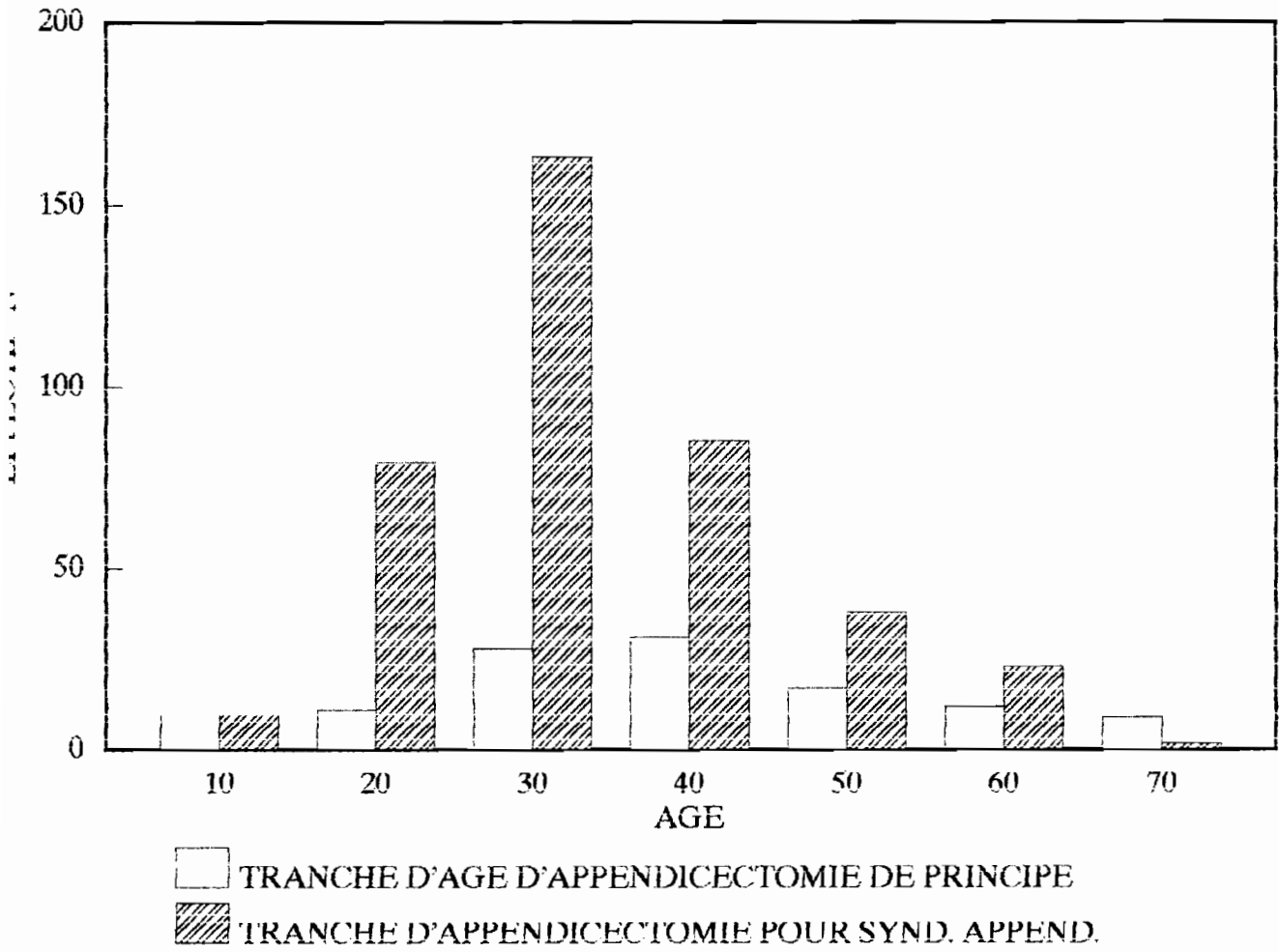
La tranche d'âge maximum est de 21 - 30 ans pour Synd. Append.  
Elle est de 31 - 40 ans pour les appendicectomies "de principe"

Tab 5 : Tableau Recapitulatif de la Repartition de l'Age

AGE	APPENDICECTOMIE			
	Pour Synd. Append.		" De Principe "	
	N	%	N	%
1 - 10	10	2,38	10	8,33
11 - 20	79	18,81	11	9,17
21 - 30	163	38,81	28	23,33
31 - 40	85	20,24	31	25,83
41 - 50	38	9,05	17	14,17
51 - 60	23	5,48	12	10,17
Plus de 60 ans	2	0,50	9	7,50
Indéterminé	20	4,76	2	1,67
Total	420	-	120	-



HISTOGRAMME DES AGES DES APPENDICECTOMISES



## 1.4 Facteurs Epidémiologiques spécifiques à l'étude prospective

### 1.4.1 Ethnie

La fréquence des différentes ethnies est consignée dans le tableau ci-après :

Tabl 6 : Fréquence des appendicectomie selon l'ethnie

ETHNIE	APPENDICECTOMIE			
	Pour Synd. N	Append. %	" De N	Principe " %
Bambara	16	26,67	9	45
Peulh	15	25	3	15
Sarakollé	11	18,33	3	15
Senoufo	9	15	2	10
Bobo	2	3,33	-	-
Dogon	2	3,33	-	-
Kassonké	1	1,67	1	5
Maure	1	1,67	1	5
Oulof	1	1,67	-	-
Autres	2	3,33	1	5
Total	60	-	20	-

### 1.4.2 Le Statut Socioprofessionnel

Dans notre série prospective, les groupes socioprofessionnels ayant subi une appendicectomie sont représentés dans le tableau 7.

Tab 7 : Fréquence des appendicectomies selon la profession

PROFESSIONS	APPENDICECTOMIE			
	Pour Synd. N	Append. %	" De N	Principe " %
Elèves-Etudiants	24	40	4	20
Cultivateurs-Menagères	6	10	12	60
Fonctionnaires	13	21,67	2	12
Professions Libérales	12	20	-	-
Autres	5	8,33	2	10
Total	60	-	20	-

### 1.4.3 Les Habitudes Alimentaires des Cas De Syndrome Appendiculaire

Le régime alimentaire malien est à base de féculents (riz, mil, manioc, fonio, etc...) Ce régime est composé principalement d'hydrates de carbone. Ces différences sont retrouvées dans les repas ou spécialités consommés quotidiennement.

Tab 8 : Fréquence des Aliments

SPECIALITES	APPENDICITES	
	N=60	%
Café /Bouillie	54	90
Riz	39	65
Tô	3	5
Couscous	2	3,33
Riz-Fonio/Couscous	18	30
Riz-Fonio/Tô	3	5
Variétés	55	91,66

NB : Nous ne connaissons pas effectivement la quantité de fibres végétales contenue dans nos "spécialités".

## 2 ETUDE CLINIQUE DES CAS DE SYNDROME APPENDICULAIRE

Les résultats ci-dessous concernent l'étude prospective sur 14 mois de 60 cas de syndrome appendiculaire typique.

### 2.1 Les Signes Fonctionnels

**2.1.1 La Douleur:** Signe fondamental de la maladie appendiculaire, est présente dans 58 cas. Elle est absente chez deux patients présentés pour appendicectomie différée (96,67%)

Selon les caractères de la douleur on distingue :

Tab 9 : Fréquence de l'apparition de la douleur selon le tableau clinique

DEBUT DE DOULEUR	APPENDICITES AIGUES		APPENDICITES COMPLIQUEES		APPENDICITES CHRONIQUES	
	N	%	N	%	N	%
Brutal	16	61,54	3	75	5	17,86
Progressif	10	38,46	1	25	23	82,14
Total	26		4	-	28	-

Tab 10: Fréquence Du Type De Douleur Selon Le Tableau Clinique

NATURE DE DOULEUR	APPENDICITES AIGUES		APPENDICITES COMPLIQUEES		APPENDICITES CHRONIQUES	
	N	%	N	%	N	%
Colique	14	53,85	-	-	10	57,14
Torsion	8	30,77	1	25	5	17,86
pesanteur	4	15,38	3	75	7	25
Total	26	-	4	-	28	-

Tab 11: Fréquence du siège de la douleur selon le tableau clinique

SIEGE	APPENDICITES					
	AIGUES		COMPLIQUEES		CHRONIQUES	
	N 26 cas	%	N 4 cas	%	N 28 cas	%
Iliaque	18	69,23	3	75	24	85,71
Tout abdomen	4	15,38	1	25	-	-
Périombilical	1	3,85	-	-	2	7,14
Hypogastrique	2	7,69	-	-	1	3,85
Flanc droit	1	3,85	-	-	1	3,85
Total	26	-	4	-	28	-

Tab 12 : Fréquence de l'irradiation de la douleur selon le tableau clinique

IRRADIATION	APPENDICITES					
	AIGUES		COMPLIQUEES		CHRONIQUES	
	N=26	%	N=4	%	N=28	%
Diffuse	4	15,38	1	25	-	-
Flanc droit	1	3,85	-	-	1	3,57
Hypogastre	3	11,54	-	-	2	7,14
Lombaire	2	7,69	-	-	3	10,71

La douleur est fixe au niveau de la FID dans 41 cas soit 68,33 %.

Tab13:Fréquence de l'intensité de la douleur selon le tableau Clinique

INTENSITE	APPENDICITES					
	AIGUES		COMPLIQUEES		CHRONIQUES	
	N	%	N	%	N	%
Très forte	16	61,54	2	50	-	-
Supportable	7	26,92	2	50	28	100
Imprécise	3	14,54	-	-	-	-
Total	26	-	4	-	28	-

## 2.1.2 Les Signes Fonctionnels Associés

Tab 14 : Fréquence des signes associés selon le tableau clinique

SIGNES ASSOCIES	A P P E N D I C I T E S					
	AIGUES N=26		COMPLIQUEES N=4		CHRONIQUES N=28	
		%		%		%
Nausées	7	26,92	1	25	4	14,28
Vomissements	12	46,15	2	50	-	-
Constipation	14	53,85	1	25	16	57,14
Diarrhée	1	3,85	-	-	-	-
A M G	1	3,85	1	25	-	-

Au total dans les appendicites, les douleurs abdominales sont presque constantes (96,67%).

Dans les Appendicites Aigues (AA) le début de ces douleurs est brutal 61,54% contre 38,46% de cas où il est progressif. Ces douleurs sont d'intensité forte (61,54%), à type de colique (53,85%), siégeant dans la FID (69,23%) et les irradiations sont peu fréquents (38,46%).

Les signes fonctionnels associés, peu fréquents, contribuent à l'orientation diagnostique.

Dans les appendicites compliquées, la douleur est présente dans 66,67%. Cette douleur est de forte intensité dans 50 %, de survenue brutale (75 %), à type de pesanteur et souvent associées à des nausées ou vomissements (50 %).

Dans les appendicites chroniques, les douleurs existent et persistent, rebelles aux thérapeutiques médicamenteuses.

## 2.2. LES SIGNES D'EXAMEN PHYSIQUE

Deux examens fondamentaux sont nécessaires :

La palpation de l'abdomen

- Les touchers pelviens (TP) constitués du toucher vaginal (TV) et/ou du toucher rectal (TR).

Les résultats de l'examen physique sont consignés dans le tableau 15.

Tab 15 Fréquence des signes d'examen physique selon le tableau clinique

SIGNES D'EXAMEN	A P P E N D I C I T E S					
	N=26	AIGUES %	COMPLIQUÉES N=4	%	CHRONIQUES N=28	%
Dx provoquée FID	26	100	2	50	16	61,54
Défense FID	16	61,54	1	25		
Contracture	-		1	25	-	-
Météorisme	1	3,85	-	-	-	-
GFC	2	7,69	-	-	4	15,38
Masse FID	1	3,85	2	50	-	-
Dx TP < $\left\{ \begin{array}{l} \text{TR} \\ \text{TV} \end{array} \right.$	14	53,85	2	50	3	11,33

Dx = Douleur GFC = Gargouillement de la fosse caecale

Au total dans les AA, la douleur est provoquée dans tous les cas avec défense FID (61,54%), un GFC (7,69%) et un TP douloureux (53,85%). Dans les appendicites chroniques, on retrouve une douleur à la palpation 61,54% et un GFC 15,38%.

### 2.3 Les Signes Généraux

#### \* Etat Général (EG)

Dans les appendicites aiguës, l'EG du malade est :

- conservé 17 cas soit 65,58 %
- peu altéré 6 cas soit 28,08 %
- altéré 3 cas soit 11,54 %

Dans les appendicites "compliquées" l'état du malade est altéré dans 3 cas soit 50 %.

Dans les appendicites chroniques, l'EG est conservé dans la plupart des cas 90 %.

#### \* La Température

Les malades n'ayant pas à l'entrée un thermomètre, nous nous sommes servi d'une prise sous axillaire de la température. On obtient :

chez les cas d'AA :

- une température inférieure à 37°5 c dans 5 cas
- une température comprise entre 37°5 c et 38°5 c dans 11 cas
- une température supérieure à 38°5 ; 1 cas.

chez les cas d'appendicites compliquées :

- la température est supérieure à 38°5 c chez 2 malades

elle est comprise entre 37°5 c et 38°5, 2 cas  
elle est inférieure à 37°5 chez 2 malades (Appendicites  
refroidies)

chez les cas d'appendicites chroniques la température est  
comprise entre 36°8 c et 37°7 c dans 18 cas soit 64,28 %.

#### **\* Le Pouls**

Est déterminé : 23 cas AA : soit 88,46 %

Le pouls est inférieur à 80 batt/mn dans 13 cas soit 50 % des AA

Il est compris entre 80 et 100 batt/mn dans 8 cas soit 30,77 % des AA

Il est supérieur à 100 batt/mn dans 2 cas soit 7,69 % des AA

#### **2.4. Les Antécédents (ATCD)**

Nous avons noté 8 cas d'ATCD chirurgicaux familiaux pour appendicite  
soit 13,33 % et 47 cas d'ATCD médicaux personnels dont la répartition  
se fait comme suit :

- Episodes de fièvre (non quantifiée) 16 cas (26,67%)
- Des infections urinaires n'ayant pas de rapport avec les  
douleurs abdominales 8 cas soit 13,33 %
- Une hématurie à l'enfance dans 23 cas soit 38,33%
- Notions de prise médicamenteuse sans effet notoire sur la  
douleur: 11 cas soit 12,11 % des appendicites aiguës (6 cas  
d'antalgiques seuls, 2 cas d'antibiotiques seuls, 3 cas de ces  
éléments associés).

#### **2.5 Le Délai De Consultation**

Nous appelons délai de consultation, le temps écoulé entre le début de  
la symptomatologie et la consultation. Par analogie avec l'étude de  
**AFANASSIEF** (3), nous désignons par :

- Syndrome appendiculaire aigu "urgent" , quand le délai ne  
dépasse pas 24 h (8 cas).
- Syndrome appendiculaire aigu , quand le délai ne dépasse pas 3  
jours (7 cas).
- Syndrome appendiculaire aigu sur tableau chronique, ici le  
délai est variable mais inférieur à 15 jours (15 cas).
- Le Syndrome appendiculaire chronique, quand le délai est  
supérieur à 15 jours (30 cas).





\* L'examen parasitologique des selles est demandé dans 12 cas soit 42,86.% et révèle 5 cas pathologiques 41,67 % dont le traitement antiparasitaire n'a pas guéri la maladie .

Au total un bilan préopératoire demandé en chirurgie réglée retrouve une hyperleucocytose 11,11%, une VS accélérée 46,43% et un examen des selles positif dans 41,67 % des cas observés.

### \* IMAGERIE

Dans les appendicites aiguës, nous avons eu recours à une imagerie dans 11 cas soit 42,31%.

#### - L'ECHOGRAPHIE

Demandée seulement 2 cas en urgence, et révèle une péritonite dans un des cas.

#### - LA RADIOLOGIE

+ 7 ASP debout de face dont les résultats sont:

- 1 cas avec niveaux hydroaériques
- 1 anse sentinelle
- 1 stase stercorale diffuse
- 4 cas normaux

+ 2 téléthorax normaux

Dans les appendicites "compliquées", deux cas ont bénéficié d'une imagerie :

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 2 téléthorax         | } > Tous normaux |
| 2 ASP debout de face |                  |
| 2 UIV sans anomalie  |                  |

Dans les appendicites chroniques 14 cas soit 50% ont bénéficié d'une imagerie :

- 2 échographies pelviennes = normales
- 7 ASP debout de face = normaux
- 2 téléthorax = normaux
- 2 UIV = normaux
- 1 LB = normal

Au total l'échographie et la radiographie (ASP) sont normales dans les cas observés.

### 3. REPARTITION SELON LE DIAGNOSTIC DES APPENDICECTOMIES

On distingue d'une part les appendicites et de l'autre les appendicectomies de "principe".

**3.1 Dans la série retrospective, nous avons dénombré :**

**\* 360 appendicectomies pour Synd. Append** se repartissant comme suit :

- appendicites aiguës : 135 cas soit 37,5 %
- appendicites compliquées : 40 cas soit 11,11 % Ce sont des cas de syndrome appendiculaire opéré "à chaud" d'emblée, ou après refroidissement; on parle dans ce cas d'appendicectomie différée.

Nous distinguons :

- + 22 plastrons appendiculaires
- + 7 abcès appendiculaires
- + 11 péritonites appendiculaires
- appendicites chroniques : 185 cas soit 51,39 % Ce sont des appendicites opérées "à froid", ayant bénéficié d'un bilan préopératoire minimum.

**\* 100 APPENDICECTOMIES "DE PRINCIPE"**

Cette pratique a été réalisée dans :

- + 53 cas, soit 53 % à l'occasion d'un geste gynécologique dont les diagnostics étaient :

Fibrome utérin = 21 cas ( 21 %)

GEU = 6 cas ( 6 %)

Kyste de l'ovaire = 7 cas ( 7 %)

Cancer du col utérin = 4 cas ( 4 %)

Prolapsus génital = 5 cas ( 5 %)

Autres = 10 cas ( 10 %) (3 Salpingites, 2 plasties

tubaires, 2 ovariectomies pour cancer du sein, 2 césariennes, 1 ligature de trompe).

+ 39 cas de pathologies digestives soit 39% dont 11 cas de syndrome occlusif n'intéressant pas le carrefour iléocaecal.

+ 8 cas pour pathologies diverses soit 8 % (3 tumeurs rétropéritonéales, 2 tumeurs spléniques, 1 rein polykystique, 1 infractus mésentérique, 1 cryptorchidie).

**3.2 Dans la Série prospective, nous avons colligé:**

**\* 60 cas de syndrome appendiculaire, se répartissant comme suit:**

- appendicite aiguë = 26 cas soit 33,43 %
- appendicite compliquée : 6 cas (10 %). Nous distinguons 3 plastrons 1 abcès et 2 péritonites appendiculaires.
- appendicite chronique : 28 cas soit 46,67 %.

**\* 20 appendicectomies de principe, dont :**

+ 11 cas soit 13,75 % des appendicectomies à l'occasion d'un geste gynécologique. Les diagnostics retrouvés sont :

4 Fibromes

2 GEU

3 cancers du col utérin

1 kyste de l'ovaire; 1 plastic tubaire.

+ 8 cas de pathologie digestive soit 13,33 % dont 2 syndromes occlusifs n'interressant pas le carrefour iléocaecal.

+ 1 cas de tumeur rétropéritonéale (lymphome ?)

### **3.3 Les Erreurs Diagnostiques :**

Dans la série retrospective, nous avons noté 27 cas d'erreurs diagnostiques soit 7,50%. Toutes ces erreurs ont été redressées par l'acte chirurgical. Il s'agit soit :

- d'une erreur par excès (c'est à dire diagnostiquer une appendicite alors qu'il ne s'agissait pas de pathologie appendiculaire) 11 cas soit 3,06% . La répartition des différents cas se fait comme suit:

+ 4 pathologies gynécologiques (2 GEU et 2 Kystes fonctionnels de l'ovaire)

+ 4 pathologies digestives (1 ulcère duodénal perforé, 2 cancers du côlon droit, 1 cancer du caecum)

+ 1 phlegmon périnéphrétique

+ 2 syndromes appendiculaires chez des malades porteurs de cicatrice sous ombilicale . A l'intervention on ne retrouve pas d'appendice.

- d'une erreur par défaut 16 cas soit 4,44 %.

Dans la série prospective nous avons relevé 2 erreurs diagnostiques dont 1 GEU (erreur par excès) et 1 colique néphrétique (erreur par défaut)

Au total les erreurs diagnostiques sont évaluées à 29 cas soit 6,90 % des appendicectomies dont 12 cas par excès (2,86 %) et 17 cas par défaut (4,04 %).

#### 4. LES PROTOCOLES DU TRAITEMENT

##### 4.1 TRAITEMENT MEDICAL

Au cours de notre étude, nous avons recensé 14 cas d'appendicites compliquées médicalement refroidies.

La composition de ce traitement et sa durée ne sont pas connues.

##### 4.2 TRAITEMENT CHIRURGICAL

4.2.1 Les Voies d'abord : Pour l'appendicectomie les différentes voies d'abord utilisées sont représentées dans le tableau 17

Tab 17 : Fréquence des voies d'abord des appendicectomies

VOIES D'ABORD	ETUDE RETROSPECTIVE		ETUDE PROSPECTIVE	
	SYND. APPEND. N	%	SYND. APPEND. N	%
Mac BURNEY (MB)	323	89,72	57	95
MB Agrandi	12	3,33	-	-
MB+sous-ombilicale	8	2,22	1	1,67
Mediane sus et sous ombilicale	17	4,72	2	3,33
Total	360	-	60	-

Tab 18 : Tableau recapitulatif des fréquences des voies d'abord

VOIES D'ABORD	SYND. APPEND. N	%
Mac BURNEY (MB)	380	90,48
MB Agrandi	12	2,86
MB+sous-ombilicale	9	2,14
Mediane sus et sous ombilicale	19	4,52
Total	420	-

La voie d'abord "habituelle" des syndromes appendiculaires est le Mac Burney, pratiquée dans 90,48%. Les difficultés opératoires font que l'opérateur a eu recours: soit à l'agrandissement du MB, soit à la médiane sous-ombilicale secondaire au MB dans 21 cas soit 5 %.

La voie médiane est utilisée d'emblée dans 4,52 %.

Dans les appendicectomies de principe: quatre voies furent utilisées :

<u>Voies d'abord</u>	<u>Etude retrospective</u>	<u>Etude prospective</u>
Médiane sus/sous ombilicale	91 cas	17 cas
Pfannenstiel	6 cas	-
Inguinotomie	3 cas	1 cas
Laparotomie pararectale	1 cas	1 cas

Au total, nous avons :

108 cas soit 90 % de médiane

6 cas soit 5 % de Pfannenstiel

4 cas soit 3,33 % d'inguinotomie

2 cas soit 2,67 % de laparotomie pararectale

#### 4.2 Les constats opératoires

**4.2.1 Le siège de l'appendice:** Les différents sites de l'appendice sont représentés dans le tableau 18

**Tab 18 : Fréquence du siège de l'appendice**

SIEGE	ETUDE RETROSPECTIVE				ETUDE PROSPECTIVE			
	APPENDICECTOMIES				APPENDICECTOMIES			
	Pour Synd. Append.		De Principe		Pour Synd. Append.		De Principe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Iliaque	170	47,22	19	19	25	41,67	4	20
Rétrocaecal	61	16,94	4	4	13	21,07	8	40
Mésocoelique	64	17,78	13	13	8	13,33	4	20
Pelvien	31	8,61	1	1	3	5	1	5
Sous-hépatique	9	2,50	15	15	5	8,33	1	5
Imprécis	25	6,94	48	48	6	10	2	10
Total	360	-	100	-	60	-	20	-

Le tableau récapitulatif ci - dessous résume les données.

**Tab 19 : Tableau Récapitulatif des Sièges de l'Appendice**

SIEGE	APPENDICECTOMIE			
	Pour Synd. Append.		"De Principe"	
	N	%	N	%
Iliaque	195	46,43	23	19,17
Rétrocœcal	74	17,62	19	10
Mésocœliaque	72	17,12	17	14,28
Pelvien	34	8,09	2	1,67
Sous - hépatique	14	3,33	16	12,33
Imprécis	31	7,38	50	41,67
Total	420	-	120	-

Dans les syndromes appendiculaires nous constatons que les sièges inhabituels de l'appendice occupent presque la moitié des cas (46,43%) Dans les appendicectomies de principe, les appendices de siège inhabituel sont de 47 cas soit 39,17% des appendices.

#### 4.2.2 Aspects Macroscopiques

Les différents aspects retrouvés sont représentés dans le tableau 20

**Tab 20 : Fréquence de l'Aspect Macroscopique des appendices**

ASPECT	ETUDE RETROSPECTIVE				ETUDE PROSPECTIVE			
	APPENDICECTOMIES				APPENDICECTOMIES			
	Pour Synd. Append.		De Principe		Pour Synd. Append.		De Principe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal/Subnormal	14	4,38	-	-	6	10	-	-
Catarrhal	98	30,62	15	15	24	40	3	15
Très inflammatoire	63	19,69	3	3	12	20	1	5
Phlegmoneux	40	12,50	1	1	2	3,33	1	5
Gangréneux	15	4,69	-	-	3	5	-	-
Perforé	10	3,12	-	-	2	3,33	-	-
Pseudo tumoral	2	0,62	-	-	1	1,67	-	-
Indéterminé	118	32,78	81	81	10	10	15	75
Total	360	-	100	-	60	-	20	-

Tab 21: Tableau Récapitulatif des Aspects Macroscopiques de l'appendice

ASPECT	APPENDICITES		APPENDICECTOMIE DE PRINCIPLE	
	N	%	N	%
Normal ou Sub normal	20	4,76	-	-
Catarrhal	122	29,05	18	15
Très inflammatoire	75	17,86	4	3,33
Phlegmoneux	42	10	2	1,67
Gangréneux	18	4,28	-	-
Perforé	12	2,86	-	-
Pseudo Tumoral	3	0,71	-	-
Indéterminé	128	30,46	96	80
Total	420	-	120	-

Au total l'aspect macroscopique des appendices est déterminé dans 316 cas soit 58,52 % des appendicectomies.

Dans les syndromes appendiculaires, l'appendice apparaît pathologique dans 272 cas soit 64,76 % -

Dans les appendicectomies de principe l'appendice est macroscopiquement pathologique dans 24 cas soit 16,67 % -

#### 4.2.3 La Longueur de l'Appendice

La longueur de l'appendice est précisée dans 134 cas soit 24,31% des appendicectomies. Cette longueur est déterminée comme suit :

Taille	Etude Rétrospective	Etude Prospective
5 - 10 cm	36 cas	7 cas
10 - 15 cm	56 cas	16 cas
15 - 20 cm	8 cas	9 cas
20 - 25 cm	2 cas	-
Taille moyenne	9,26 cm	12,42 cm

Au total la longueur de l'appendice est :

inférieure à 10 cm dans 43 cas soit 32,09 % des cas observés

comprise entre 10 et 20 cm dans 89 cas soit 66,42 % des cas observés

supérieure à 20 cm dans 2 cas soit 1,49 % des cas observés

#### 4.2.4 Autres constats opératoires :

Nous rapportons des compte-rendus opératoires (CRO) :

- 15 cas d'adénites mésentériques dont 4 cas en série prospective

- 9 cas d'agglutination d'anse intestinale dont 3 cas en série prospective

- 27 cas d'épanchement intrapéritonéal dont 9 cas en série prospective

- 46 cas d'adhérences péricæcales dont 14 cas en série prospective

### 4.3 Type d'Exérèse ou Appendicectomie :

L'appendicectomie est réalisée selon deux techniques :

- la technique d'appendicectomie antérograde
- la technique d'appendicectomie rétrograde

Dans la série rétrospective, l'appendicectomie antérograde "ou classique" est pratiquée dans 232 cas soit 50,43 % des appendicectomies.

L'appendicectomie rétrograde est faite dans 96 cas (20,87 %) dont 9 cas "de principe".

Dans la série prospective l'appendicectomie antérograde est utilisée dans 38 cas soit 47,50 %. La technique rétrograde est pratiquée dans 12 cas (15 %) de syndrome appendiculaire et 3 cas d'appendicectomie "de principe".

Au total nous obtenons :

50 % d'appendicectomie antérograde

20 % d'appendicectomie rétrograde dont 3,15 % pour appendicectomie "de principe".

30 % des cas restent indéterminés.

### 4.4. Les gestes complémentaires :

**4.4.1. L'enfouissement :** Il a été signalé dans 105 cas soit 25% des syndromes appendiculaires. Selon le tableau clinique, l'enfouissement est fait dans:

- 43 cas d'appendicite aiguë dont 16 cas en série prospective
- 59 cas d'appendicite chronique dont 19 cas en série prospective
- 3 cas d'appendicite compliquée dont 2 cas en série prospective

### 4.4.2. La Recherche du Diverticule de MECKEL :

Dans l'étude rétrospective, ce geste n'est pas systématiquement rélaté dans les protocoles. Par contre à l'étude prospective, nous avons procédé à une recherche systématique, sauf dans les cas d'appendicites évoluées. Cette recherche du diverticule de Meckel s'est avérée négative.

### 4.4.3 Toilette abdominale ou péritonéale :

Elle conclut l'inventaire de la cavité abdominale. Elle a pour but :

- de contrôler l'existence d'un épanchement ou sa survenue.
- d'assurer l'aseptie de la cavité abdominale.

Dans les appendicites non compliquées il s'agit d'un nettoyage et contrôle simple de la cavité péritonéale par des gazes de compresses.

Dans les appendicites aiguës compliquées, selon les quantités de pus et de fausses membranes, on procède à la toilette péritonéale au serum salé simple, ou additionné à un antiseptique.



#### **4.4.4 Le drainage :**

Dans la série prospective, le drainage est effectué dans 8 cas soit 13,33% dans les cas d'appendicites. Le drain est placé dans la gouttière pariétocolique droite dans 7 cas d'appendicites aiguës et 1 cas dans les deux gouttières pariétocoliques droite et gauche.

Dans les appendicectomies de principe (6 cas) le drainage est fait 2 fois dans les deux gouttières pariétales et 4 cas de drainage transvaginale. Ces drainages n'ont pas de rapport avec l'appendicectomie.

#### **4.4.5 Antibiothérapie**

Dans la série retrospective, l'antibiothérapie in situ est faite 17 fois soit 4,05% des appendicites.

Dans la série prospective, nous avons utilisé :

+ Une monoantibiothérapie par voie générale, 51 fois soit 85% des appendicites. Elle comprend :

\* Beta-lactamines : durée d'emploi 1 - 7 jours.

- Ampicilline inj. : 25 cas soit 51, 78% ; dose = 2 - 3g /jour

- Amoxicilline 1g inj. : 8 cas soit 14,28% ; dose = 2g /j

- Peni.G 1 million : 2 cas soit 3,57% ; 2 - 3 millions /j

- Cefazoline inj. : 6 cas soit 10,71% ; dose = 2 - 3 g /j

- Autres : 6 cas soit 10,71%

+ une antibiothérapie associée par voie générale : on distingue

- Ampi - genta (2 - 3g/j pour 80 mg) 3 cas 5,34%

- Ampi - métronidazole (2-3g/j pour 2 flacon inj ) 2 cas 5,57%

La durée est variable 1 - 4 jours.

Au total l'antibiothérapie est utilisée 56 fois soit 93,33% des appendicites. 4 malades n'ont pas reçu d'antibiotique 6,67%.

#### **La durée de l'hospitalisation**

La durée moyenne d'hospitalisation est de 5, 26 jours dont les extrêmes sont : 2 - 59 jours.

## 5. LES SUITES POST-OPERATOIRES

Les suites post opératoires n'ont pas toujours été simples. Seuls les résultats de l'étude prospective ont été collectés.

### 5.1 La Morbidité :

Dans l'étude prospective nous avons 9 cas de morbidité soit 11,25% des appendicectomies. Les complications observées sont :

- Dans les appendicites aiguës : 6 abcès de paroi soit 23,08% au niveau du MR. Ces malades ont séjourné de 14 à 22 jours.

+ une fistule stercorale (3,85%) tarie et cicatrisée en 39 jours.

- Dans les appendicites chroniques : 1 abcès de paroi 3,57% avec 19 jours de séjour.

- Dans les appendicites compliquées: 2 abcès de paroi 33,33%. Le séjour des malades est variable de 18 à 59 jours.

- Dans les appendicectomies de principe, nous décomptons 1 cas d'abcès de paroi soit 5%.

### 5.2 Mortalité hospitalière

Dans la série prospective, nous avons observé deux cas de décès n'ayant pas de rapport avec l'appendicectomie. Ces cas sont observés dans l'appendicectomie de "principe".

**1er cas :** Volvulus du côlon pelvien, décès survenu au 2è jour de la deuxième réintervention (ovisération) par déshydratation

**2è cas :** Cancer du caecum avec métastases ganglionnaires. La cause du décès est probablement l'extension du cancer (2 mois après l'intervention).

Au total la mortalité est nulle.

### 6. Le coût économique :

Nous avons trois catégories au niveau du Point G .

Le coût économique est calculé sur la durée moyenne du séjour. Ainsi nous obtenons :

+ 1ère catégorie = 21.600 fcfa Tout frais confondu (hospitalisation + ordonnance)

+ 2è catégorie = 18.850 fcfa

+ 3è catégorie = 15.940 fcfa

**7. Résultats anatomopathologiques**

Dans la série rétrospective, nous avons dénombré 293 résultats histologiques soit 81,39% qui sont consignés dans le tableau 22.

**Tab. 22 : fréquence histologique des appendices**

RESULTATS	APPENDICECTOMIES			
	Pour N	Synd. Append. %	"De Principe" N	%
Appendice Sain	13	3,61	46	46
A. Sub aigue	9	2,50	-	-
A. Aigue	127	35,28	2	2
A.*Mixte	9	2,50	-	-
A. Chronique	64	17,78	5	5
A. Bilharzienne	15	4,17	1	1
Mucocèle Appendicu - laire <sup>2</sup>	2	0,55	-	-
Non retrouvés	121	33,61	46	46
Total	360	-	100	-

A. = Appendicite

\* A.Mixte = Association d'une A.Chronique et d'une A.Aigue

Dans les syndromes appendiculaires l'appendice est histologiquement pathologique dans 235 cas soit 65,28% . Dans les appendicectomies de principe, l'appendice est pathologique dans 8 cas soit 8 %.

**Etude prospective :** Nous disposons de 73 résultats histologiques des appendices soit 91,25% :

! L'appendice est sain dans 3 cas soit 5,45 % des appendicites et 52 cas, soit 94,54 %.

Dans les appendicectomies de principe l'appendice s'est révélé pathologique dans 5 cas soit 25,00 % .

**Tab.23 : Pourcentage des résultats histologiques des appendices**

RESULTATS	APPENDICECTOMIES			
	Pour N	Synd. Append. %	"De Principe" N	%
Appendice Sain	3	5	13	65
A. Aigue	33	55	0	10
A. Mixte	2	3,33	-	-
A. Chronique	13	21,67	2	10
A. Bilharzienne	4	6,67	1	5
Non précisés	5	8,33	2	10
Total	60	-	20	-

## 8. Corrélation anatomoclinique

\* Etude rétrospective: 360 syndromes appendiculaires sont répartis comme suit :

- Appendicites aiguës 135 cas soit 37,5 %
- Appendicites aiguës compliquées 49 cas soit 11,11 %
- Appendicites chroniques 185 cas soit 51,39 %

Nous obtenons du tableau 20 les états macroscopiques suivants:

- 14 cas d'appendices sains (4,38 %)
- 228 cas d'états pathologiques (63,33%)
- 118 cas indéterminés (32,78 %)

L'examen histopathologique trouve :(cf tab 22)

- 13 cas d'appendicectomies inutiles (3,61%)
- 226 cas pathologiques (62,78 %)
- 121 cas non retrouvés (33,61%)

\* Etude prospective : 60 syndromes appendiculaires réparties en :

- 26 cas d'appendicites aiguës soit 43,33 % des cas
- 6 cas d'appendicites compliquées soit 10 %
- 28 cas d'appendicites dites chroniques soit 46,67 %

A la macroscopie, nous notons : (cf tab 20)

- 6 cas dont l'appendice apparaît sain soit 10%
- 44 cas pathologiques (73,33%)
- 10 cas indéterminés (16,67%)

L'examen anatomopathologique constate :( cf tab 23)

- 3 appendices normaux soit 5 %
- 52 appendices pathologiques soit 86,67%
- 5 cas non retrouvés soit 8,33 %.

Au total , l'appendice est macroscopiquement sain dans 20 cas soit 4,76 %. Il est pathologique dans 272 cas soit 64,76%. Il est indéterminé dans le reste des cas (30,46%).

L'examen histopathologique retrouve 16 appendices sains soit 3,81 % et 278 cas pathologiques (66,19%). Le reste est indéterminé (30 %).

\* Erreurs diagnostiques: Dans les syndromes appendiculaires il ressort que l'erreur d'appréciation est variable : de la clinique à l'histologie 29 erreurs (6,90%) dont 12 erreurs par défaut et 17 par excès.

- de la macroscopie à l'histologie 36 erreurs (8,57%) dont 20 par défaut et 16 par excès.

Au total 65 cas d'erreurs soit 15,48% des syndromes appendiculaires.

## V - COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

### 1 - Sur Les Facteurs Epidémiologiques Des Appendicites

#### 1.1 Fréquence

L'appendicectomie est l'intervention abdominale la plus souvent pratiquée (François 42). Cette pratique chirurgicale affecte 12% de la population d'Amérique du Nord, d'Europe de l'Ouest et d'Australie (METMAN 67).

En France, les appendicectomies représentent 40 % des interventions digestives ( 41, 67, 87).

Historiquement considérée comme rare en Afrique ( 21, 63, 88) avec (2,92 %, 3,6 %, 6,31 %), l'appendicectomie devient relativement fréquente avec 12,91 % des I.C dans notre série.

On constate que le taux d'appendicectomie progresse par rapport aux interventions digestives de l'indépendance à nos jours.

Avant l'indépendance elle était de 6,48 %; atteint 17,30 % de 1981 à 1983 (28) puis progresse à 33,20 % dans notre série.

La fréquence de l'appendicectomie de notre série se rapproche à celle de l'occident. Ceci peut s'expliquer par le fait que le Mali a reçu la même culture chirurgicale que la France, et que la survenue de complications dans la maladie appendiculaire est imprévisible.

L'appendicite est l'une des urgences abdominales les plus fréquentes (2, 65, 74). Selon la revue de la littérature (21, 58, 88) la fréquence de l'appendicetomie par rapport aux urgences abdominales varie de 26,30 à 36,60 %. Pour notre série elle atteint 46 %.

L'analyse de ces données, montre comme le dit Cornet (26) que **l'appendicite fait une entrée triomphale dans le domaine de urgences abdominales**".

L'appendicite peut évoluer vers des formes compliquées (Plastron, Absès, Péritonite). La littérature nous rapporte :

RCI : Kouamé Yao.F (58) = 33,25%

Sénégal : Carayon (21) = 21%

Notre série (Mali) = 10,95%

L'évolution d'une appendicite est imprévisible. Les formes compliquées varient d'une série à l'autre selon que l'appendicectomie est plus facilement réalisée ou plus ou moins largement indiquée devant toute douleur de la FID.

## 1.2 Le Sexe

La prévalence de l'appendicite est égale chez l'homme et chez la femme. L'étude comparative du sexe chez les appendicectomisés, nous donne selon la revue de la littérature, le tableau ci dessous :

**Tab. 24 : Tableau comparatif du sexe**

SEXE	SERIE	SKOUBO 202 cas	TRAORE 109 cas	NOTRE SERIE 420 cas
Homme		45,54	49,54	45
Femme		54,45	50,45	55

Les chiffres sont exprimés en pourcentage

Nous constatons que le sex-ratio est voisin de 1 dans toutes les séries.

## 1.3 L'Age

L'appendicectomie peut être pratiquée à tout âge. L'incidence relative d'âge maximum est variable selon les séries. Elle est située entre les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> décades pour certains auteurs (28,58,81,88). Cependant pour d'autres elle est maximale dans la 2<sup>e</sup> décade (67, Surmont Etienne in 88) ou dans la 3<sup>e</sup> décade (notre série).

Cette incidence d'âge maximum peut se rapporter dans la 1<sup>ère</sup> décade (76,91) ou après la cinquantaine (5,96). En outre il ressort que ces âges "extrêmes" sont souvent l'apanage des appendicites compliquées. Selon la littérature, BHUA (39) retrouve 51% pour les moins de 11 ans, par contre pour RPY (79) 70 % au delà de 50 ans.

Pour notre série la fréquence de l'appendicectomie est de 2,38 % avant 11 ans et 5,98 % au delà de 50 ans. Ces chiffres ne reflètent pas ceux de la littérature donc il s'agit d'un problème de recrutement. Dans ce cas le diagnostic d'appendicite aiguë est presque toujours évoqué après les pathologies parasitaires, infectieuses ou néoplasiques, plus fréquentes dans cette population d'âge extrême. (13, 57, 58).

## 1.4 AUTRES FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES

La pathologie appendiculaire affecte toutes les couches socio-professionnelles sans distinction de race, ni d'ethnie. En un lieu donné les valeurs statistiques de ces facteurs varient. C'est ce qui explique le tableau 7 là où prédominent les Bambara, Peulh et Sarakollé. Nous constatons comme TRAORE (88) que cela peut se concevoir dans la mesure où ces ethnies sont majoritaires à Bamako.

Dans le tableau 6, les groupes socio professionnels ( Elèves - Etudiants et fonctionnaires ) sont plus représentés. Cela s'explique par le fait que ces groupes sus cités, ayant une "notion" de la maladie appendiculaire, consultent toujours par crainte de l'affection.

## 2 - SUR L'ETUDE CLINIQUE DES APPENDICITES :

### 2.1 Les appendicites aiguës : (non compliquées)

#### 2.1.1 Les Signes Fonctionnels

2.1.1.a La douleur : Quasi constante, a été le motif de consultation de la plupart de nos malades (96,67%). Cette douleur peut manquer quelque fois au moment de l'examen mais l'interrogatoire permet de la situer quelques jours auparavant.

Dans la littérature la douleur est retrouvée de 90 à 93% (79 et 24).

Le siège de la douleur :

Tab 25 : Etude comparative du siège de la douleur

SIEGE	SERIE	TRAORE 87 cas	NOTRE SERIE 26 cas
Iliaque		70,11	69,23
Tout Abdomen		11,94	15,38
Hypogastre		11,49	7,69
Flanc droit		3,44	3,85
Autre		3,02	3,85

#### Valeurs exprimées en pourcentage

Il apparaît que le siège de la douleur est presque identique dans ces 2 séries. Alors on peut déduire que le siège de la douleur appendiculaire au Mali peut aboutir à des valeurs identiques.

#### 2.1.1.b. Autres signes fonctionnels :

Par une étude comparative, nous tenterons de donner les valeurs des signes associés à la douleur selon les séries.

Tab 26 : Tableau comparatif des signes fonctionnels associés

S.F. ASSOCIES	SERIE GUIVARC'H (51)	YUSUF (96)	TRAORE (88)	NOTRE SERIE
Vomissements	60	33	46,25	46,15
Nausées	-	60	15	26,92
Constipation	5	7	-	53,85
Diarrhée	-	21	3	3,85
A M G	-	-	35	3,85

Les chiffres sont exprimés en pourcentage.

Les vomissements attirent l'attention. Mais ils peuvent être remplacés par les nausées CHICHE (24).

S'il apparaît chez Guivarc'h (51), que le vomissement (60 %) constitue le premier signe associé à la douleur, il n'en est pas de même pour YUSUF (96). Celui-ci trouve 60 % des cas une sensation de nausée dans la population d'âge supérieur à 60 ans.

Pour notre part, les nausées et vomissements dans les 2/3 des cas constituent des signes associés à la douleur. Ils contribuent alors à l'orientation diagnostique comme le souligne CHICHE (24).

Par contre au Mali, nous constatons que la constipation est plus fréquente. Traoré (88) la retrouve chez la quasi totalité de ses patients. Chez nous, elle est présente dans la moitié de nos cas (53,85%). Cela n'a-t-il pas de rapport avec notre régime alimentaire ?

La fréquence de la diarrhée est variable de 3 à 21 % (88, 96). Dans notre série elle est retrouvée seulement dans un cas, suite à une auto-médication. Son existence doit rechercher deux éléments essentiels :

- ATCD de prise de médicaments
- Retard de diagnostic

L'arrêt de matières et de gaz survient dans les appendicites aiguës sous deux éventualités (2, 24, 91) :

- forme sub-occlusive
- forme évoluée.

Elle est de 35 % chez TRAORE (88) et 3,85 % dans notre série.



### 1.1.1.c Rapport signes fonctionnels et régime alimentaire

On ne peut guère s'étendre sur ce problème car la composition du régime malien est mal décrite.

L'appendicite aigüe était considérée rare chez l'africain (20,21) car son alimentation était spécifiquement végétarienne. Il ressort de notre étude que :

- L'habitude alimentaire est modifiée

- La cure chirurgicale de la maladie appendiculaire a progressé au Mali (28, 88, notre série). Cela nous amène à croire que les moyens du pays ont progressé.

Ainsi, doit-on admettre cet argument de METMAN (67) : " une alimentation pauvre en fibres alimentaires ralentit le transit et contribue à la formation des stercolithes d'où l'émergence de l'affection " ?

Broertjes (16) puis Grobost (50) partagent cette opinion.

Pour notre part il nous est difficile de nous prononcer sans valeurs réelles. Nous insistons pour que plus tard des études soient menées afin d'éclaircir ce point.

### 2.1.2 Sur les signes d'examen physique

La palpation réveille une douleur élective au niveau de la FID, c'est la traduction de l'atteinte plus ou moins nette de la séreuse péritonéale.

Par une étude comparative, nous apprécions les éléments de l'examen physique dans le tableau ci dessous.

**Tab 27 : Tableau comparatif des signes d'examen physique.**

S. P.	SERIE	YUSEF (96)	GARCIA (43)	NOTRE SERIE
	Douleur FID	91	97	100
	Défense FID	51	95	61,54
	Métiéorisme	66		3,85
	Gargouillement FID	-	64,5	7,69
	Masse FID	4,5	-	3,85
	Douleur TP	45	75	53,85
	Température	77	-	28,33

La douleur est provoquée dans la FID de 91% à 97% des cas (96 et 43). Dans notre série elle est retrouvée chez tous les malades.

La défense de la FID varie de 51 à 95% (95 et 43).

Si le météorisme est fréquent chez Yusuf (96) série de plus de 60 ans, il est rare dans la notre.

Le gargouillement est le reflet de l'iléus caecal réactionnel. Selon Toupet, cité par Plane (77) un caecum gargouillant avec ventre parfaitement souple élimine une appendicite aiguë. Par contre pour Garcia (43), cet élément doit s'intégrer dans le score de diagnostic de l'appendicite. Dans notre série, tout comme chez Yusuf (96), la température est plus fiable que le GFC dans le diagnostic de l'appendicite.

**Autres signes :**

Le pouls, l'hyperleucocytose et l'Etat général du malade peuvent ne pas être en rapport avec l'évolution de la maladie. Donc faut-il rappeler " qu'il n'ya pas de parallélisme entre la clinique et le degré de lésion appendiculaire "(2,77, Bourde cité par Plane (77))

**2.1.3. Le délai de consultation.**

**Tab 28 : Tableau comparatif de délai de consultation**

DUREE	SEBIE 267 CAS	KOUAME ( 58 ) 267 CAS	NOTRE SERIE 54 CAS
< 24 h	44,88	44,88	13,33
24 - 72 h	32,67	32,67	11,67
3 - 15 jours	9,90	9,90	25
> 15 jours	9,66	9,66	50

Les trois quart des malades chez BERTAL (8) et KOUAME (58) consultent avant trois jours contre un quart dans notre série. Au moins un malade sur dix (58) consulte contre deux et trois malades (notre série et 8) entre 3 et 15 jours. La moitié de nos malades consultent après 15 jours. La consultation tardive représente les cas où l'appendicite est dite chronique ou "refroidie".

Il serait bon de pousser l'étude pour savoir comment une appendicite aiguë peut évoluer vers la chronicité. Cependant le retard diagnostique peut entraîner des formes compliquées graves comme indiquées dans la littérature (18, 39, 58, 72).

Nous constatons que les malades consultent plus tôt en Algérie (8) et en Côte d'Ivoire (58) qu'au Mali (notre série). Ceci peut être lié :

- aux moyens économiques du pays

- à l'éducation sanitaire engagée pour la sensibilisation sur les urgences abdominales en particulier sur l'appendicite.

- à la conviction du malade de la nécessité de subir un acte chirurgical.

En effet, le danger émanant d'une hésitation de décision est là. CACIOPPO (13) voulant éviter des appendicectomies inutiles, opéra des formes évoluées de l'appendicite. Son taux de morbidité passa de 5% (1980) à 15% (1986) puis 24% (1987).

FLAMANT (41) constate plus d'appendicectomie en France qu'en Angleterre. Par contre c'est le lieu où on opère plus de lésions suppurées (40%).

Notre conduite, en cas de doute, est d'observer de 6 à 12 heures. Si les symptômes persistent, il faut opérer; Car pour ESCAT (40) le risque d'évolution pour une appendicite aiguë simple est 30 fois plus petit qu'une appendicite perforée .

En résumé le diagnostic d'appendicite est purement clinique. Les examens complémentaires peu nécessaires, sont demandés soit pour consolider le diagnostic ou rechercher une tare.

A l'Hôpital du Point G, les examens complémentaires disponibles sont :

- L' Echographie abdomino pelvienne : Faite par les "spécialistes" est l'examen complémentaire le plus fiable.

Selon la littérature (11, 86, 91, 94), l'échographie peut déceler les signes spécifiques de l'appendicite et diminuer les faux diagnostics . Cependant elle peut avoir des limites (4). Il est alors préférable d'observer pendant 4 à 8 h afin de suivre l'évolution de la douleur.

- L'ASP debout de face : Renseigne sur les organes intra-abdominaux (foie, rein, rate) et peut identifier les stercolithes (7) ou un corps étranger (34). Cet examen peut orienter quelquefois l'opérateur sur la position du caecum et surtout sur l'état du grêle (forme pseudo occlusive).

Nous souhaiterons:

- l'utilisation de la coelioscopie pour le diagnostic de l'appendicite. L'appendicectomie par coelioscopie est largement diffusée dans la littérature (12, 19, 29, 37, 61, 90).

Cette technique est répandue dans les pays développés. (Allemagne 1980, France 1983 (20)).

La coelioscopie et l'examen complémentaire permettant de voir l'appendice et ainsi à priori d'infirmer ou d'affirmer le diagnostic d'appendicite aiguë. La coelioscopie a un but exploratoire et thérapeutique. Avec ce double rôle elle devrait théoriquement diminuer la fréquence des appendicectomies abusives, mais cela ne fait que repousser. Très utile pour le diagnostic différentiel, elle doit être utilisée chez les femmes en période d'activité génitale.

L'hémogramme en urgence, bien que absent dans notre étude, peut renforcer le diagnostic quand il existe une hyperleucocytose à prédominance neutrophile.

## 2.2 Les Appendicites Complicquées

Elles sont définies comme des formes évoluées d'une appendicite aiguë suite à un retard diagnostique. Nous distinguons entre autres le plastron, l'abcès et les péritonites appendiculaires.

La littérature rapporte que :

Au Sénégal : CARAYON (20), constate que la fréquence des formes compliquées ou "négligées" de l'appendicite a diminué de 45,8 % à 32,6 % puis 21 %.

En RCI : EHUA (29), retrouve 43,30% contre 33,25% chez KOUAME (58).

Au Mali : TRAORE (88) constate 23,80% contre 10,05% dans notre série. La fréquence des formes négligées est variable selon les séries.

Devant toute appendicite compliquée il faut rechercher un traitement antérieur ayant décapité une ou plusieurs crises appendiculaires entraînant son évolution à bas bruit.

EHUA (29) rattache la survenue d'une appendicite compliquée à un retard diagnostique.

En vue de détecter une anomalie chez nos malades notre bilan minimum trouve :

+ une hyperleucocytose de 11,11% contre 22,85% chez BERTIN (9)

+ une imagerie normale dans les cas observés.

Nous souhaiterions d'avantage une échographie abdominale pour étayer le diagnostic en cas de plastron, d'abcès et de péritonite appendiculaires.

### 2.3. Appendicites Chroniques

Ce sont des syndromes douloureux chroniques FID souvent rebelles aux thérapeutiques médicamenteuses.

Selon ROUVER (81), le concept d'appendicite chronique largement répandu et justifiant d'innombrables appendicectomies pratiquées "à froid" est de plus en plus discuté par anatomopathologistes et cliniciens.

Pour les anatomopathologistes, les lésions chroniques de l'appendicite sont indiscutables ainsi que le prouve l'examen des appendices "normaux" au cours d'autres interventions (2).

Pour les cliniciens, le problème est différent et certains vont jusqu'à nier l'existence de l'appendicite chronique, tels G. BRUIE et d'autres cités dans Le Quintrec (in 88).

En effet ils l'assimilent à une colite pour laquelle on ne pratique pas l'ablation du côlon.

Nous avons colligé 213 cas d'appendicites chroniques soit 50,71% des appendicites.

En série prospective, les appendicectomies pour appendicites chroniques représentent 46,67% .

Nos critères de diagnostic sont :

- Douleurs spontanées, intermittentes ou continues dans la FID, accentuées par la digestion et l'effort.
- Troubles dyspeptiques (nausée au réveil, anorexie, constipation, diarrhée) = 9,54%
- Douleurs provoquées avec gargouillement de la fosse caecale (15,38%)
- ATCD de douleurs chroniques, souvent rebelles aux traitements médicamenteux.

Pour éliminer une cause organique, des examens paracliniques sont demandés :

- Une échographie abdomino-pelvienne dans des " mains expérimentées" fait la différence entre une pathologie génitale et une appendicite.
- ASP : RICHARD (80) dénote 36% de stercolithes avec 96% de disparition de la douleur après excrèse de l'appendice . Dans notre série prospective nous ne retrouverons pas d'anomalie à l'ASP. La constipation peu fréquente peut-elle aboutir à la formation de stercolithes?

- Un LB : opacifie rarement l'appendice. Par son appoint, LINPT (62) retrouve 75 % de disparition de douleur post - appendicectomie.
- Hqs HIV.
- Un examen parasitologique des selles

### 3. Sur Le Traitement Chirurgical

Le traitement de l'appendicite aiguë simple est purement chirurgical : c'est l'appendicectomie.

#### 3.1 Les voies d'abord de l'appendicectomie

L'incision de Mac Burney (MB) est la voie d'accès classique. Il s'agit d'une incision peu délabrante.

Selon la revue de la littérature, nous rapportons :

DesJacques (35) = 35,6 % de Mac Burney

TRAORE (88) = 87,2% de MB

Notre série : 90,48% de MB.

Le MB peut être agrandi au besoin.

L'incision de MB, même agrandie, ne rend pas l'appendicectomie aussi simple. Alors on a recours à une médiane sous ombilicale.

Nous avons agrandi, le MB 12 fois soit 2,86% de cas et procédé à un MB puis une médiane sous ombilicale 9 fois soit 2,14% de cas.

Pour la majorité des opérateurs le MB est l'idéal d'incision dans l'appendicite aiguë. Cependant l'incision peut varier selon l'âge (horizontale chez l'enfant) ou selon l'habitude du chirurgien.

- La Médiane sous ombilicale se justifie en cas de péritonite diffuse ou de doute diagnostique.

La revue de la littérature retrouve ces chiffres :

DesJacques (35) = 3%

TRAORE (88) = 12,7%

Elle est préconisée d'emblée dans notre série dans 10 cas soit 4,52% de cas.

Le choix de l'incision est donc fonction du degré d'appréciation de la maladie ou d'une question d'habitude.

Selon MAIGA (63) et D.SINAGA, l'incision doit être sous ombilicale d'emblée pour les femmes ayant dépassé la trentaine d'âge. Pour ces auteurs, l'appendicite à cet âge s'associe presque toujours à une

inflammation des organes génitaux de voisinage.

Pour notre part le fait de l'incision est limité à l'appréciation clinique de la maladie appendiculaire.

Ces incisions peuvent se solder de complications post opératoires : abcès pariétal, éviction, éventration, brides post appendicectomie. Pour éviter les complications, certains auteurs préconisent :

la **Coeliochirurgie** (12, 19, 29, 37, 90) : ablation sous coelioscopique de l'appendice. C'est une technique récente, largement diffusée depuis quelques années dans les pays développés dont les avantages seraient :

- une meilleure précision diagnostique par la vision directe de l'appendice,
- possibilité de traiter les formes compliquées
- moindre agression pariétale et cicatrice cutanée de plus petite taille,
- meilleur confort pour le patient (suites opératoires plus simples) et diminution de la durée d'hospitalisation (3 jours (29)).

Tous ces points sont encore en cours d'évaluation. Mais il est certain qu'un phénomène de mode a suscité la demande chez les patients.

### 3.2 Les Constats Opératoires

#### 3.2.1 Le Siège De L'Appendice

TAB 29 : Etude comparative du siège de l'appendice.

SIEGE	SERIES	VALLA (90) 465 cas	PLANE (77) 1643 cas	KOUAME(58) 112 cas	NOTRE 420 cas
Iliaque (habituel)		77	73,6	78,57	46,43
Rétrocoecal		12	13	15,18	17,62
Mésocoelique		2	1,5		17,02
Pelvien		6	0,8	3,57	8,09
Sous Hépatique		3	1,25	2,68	3,33

N.B: Les valeurs exprimées dans le tableau sont des pourcentages.

Nous constatons que :

le siège "habituel" c'est à dire iliaque de l'appendice est prédominant dans toutes les séries,

- Dans les appendices de siège "inhabituel", le siège rétrocaecal vient largement en tête,

Dans notre série, les appendices de siège "inhabituel" occupent près de la moitié des cas. Particulièrement les appendices mésocoliques ont une fréquence voisine des appendices de siège rétrocaecal.

Ceci s'explique par le fait que l'appréciation du siège est relative. Elle est laissée au seul jugement de l'opérateur.

Les compte rendus opératoires sont moins précis et moins détaillés que dans les autres interventions surtout si l'appendicectomie a été facile.

En effet, les formes de topographie inhabituelle sont considérées comme l'apanage des formes compliquées d'une appendicite compliquée BESNIER (10).

### 3.2 Aspect Macroscopique

Tab 30 Etude Comparative de l'Aspect Macroscopique de l'Appendice

SIEGE	SERIE	FRANCOIS (42) 210 cas	MALVY (64) 2845 cas	MAIGA (63) 93 cas	Notre 120 cas
Normal		-	-	-	4,76
Catarrhal		23	71	72,38	29,05
Très inflammatoire		54,50	18	-	17,86
Phlegmoneux		-	5	14,89	10
Gangréné		5,5	3	2,31	4,28
Perforé		5,5	3	5,32	2,86
Pseudo Tumoral		3	-	-	0,71

N.B: Les valeurs exprimées dans le tableau sont des pourcentages.

L'aspect catarrhal varie de 23 à 73,29% (42, 63) contre 29,05% dans notre série.

L'appendicite compliquée progresse de 5,5 à 17,20% contre 14,28% dans notre série.

La péritonite appendiculaire va de 3 à 5,5% (64 et 42). Cette valeur est faible dans notre étude. L'aspect pseudo-tumoral est rare.

Nous observons que :

- les appendicites compliquées sont plus fréquentes au Mali qu'en Europe. Ceci peut être expliqué par le retard diagnostique.
- l'appréciation de l'état de l'appendice est subjective et dépend de l'opérateur, et de l'étude.



### 3.3 Le Type d'Exérèse

L'ablation de l'appendice se réalise selon deux techniques:

- la technique antérograde ou "voie classique" est empruntée quand l'appendice est visible. Il peut être extrait de l'incision, sa pointe au zénith afin de voir correctement le caecum, la base, son corps en entier et son méso.

La technique rétrograde ne s'impose que lorsque la pointe et/ou le corps de l'appendice ne sont pas directement accessibles.

Nous apprenons dans la littérature :

France : MALVY (64) 6% seulement ont subi une appendicectomie rétrograde.

Mali : TRAORE (38) 85,32% cas d'appendicectomies antérogrades contre 14,67% rétrogrades

Notre Série 71,42% cas d'appendicectomies antérogrades contre 28,57% rétrogrades.

L'appendicectomie rétrograde est l'apanage des sièges ectopiques.

Certains auteurs pensent que le choix chirurgical peut agir sur les suites opératoires :

MALVY (64) constate que 47% des appendicectomies rétrogrades de sa série ont eu des suites trainantes, compliquées.

Dans notre série prospective, les suites sont simples.

Pour éviter l'ensemencement de la cavité péritonéale CHAPPUIS ET COLL.(22) préconisent l'utilisation de la technique d'appendicectomie par invagination intracœcale chez l'enfant .

Ses indications sont :

- appendicites subaiguës et chroniques
- appendicectomies complémentaires au cours d'autres interventions abdominales.

Cette technique est totalement "aseptique".

Cependant pour d'autres :

+ l'amputation de l'appendice suivie de suture (71) peut être un moyen de prévention de syndrome du 5è jour.

+ le procédé d'HALSTED et L'ONOPE (59) : technique d'invagination du moignon appendiculaire sur pince, avec bourse préalablement préparée sur le caecum, diminue les infections post-appendicectomies.

### 3.4 L'enfouissement

Dans la littérature l'enfouissement est signalé de 32% des cas (39) à 51,37% de cas (23).

Nous avons enfoui 105 fois soit 25% des appendicectomies. Ce geste a pour rôle de prévenir les complications infectieuses locales et les occlusions post opératoires sur bride.

Les critères de non enfouissement sont :

- Etat inflammatoire du caecum,
- état inflammatoire de la base de l'appendice,
- conditions anatomiques difficiles.

Ce problème est loin d'être résolu. Il appartient à l'opérateur de décider au moment opportun.

Cependant ce geste d'enfouissement ou non n'est pas épargné des suites opératoires graves.

CHEVALIER (23) dans sa série de 3200 appendicectomies obtient 4 accidents du syndrome du 5<sup>e</sup> jour des cas enfouis contre 3 cas du même syndrome dans les non enfouis.

Pour FIVA (39) les complications des appendices enfouis représentent 2,3% contre 0,8% dans les cas non enfouis.

Nos statistiques ne nous permettent pas une appréciation de telle ou telle technique. Chaque chirurgien applique sa conception et sa technique.

### 3.5 Recherche du Diverticule de Meckel

La revue de la littérature, nous enseigne que VALAYEE (91) dans une série pédiatrique relève la présence du diverticule de Meckel chez 2% de cas. Plane (77), dans une recherche systématique retrouve 2,31 % de diverticule de Meckel dans sa série de 1643 cas d'appendicectomies.

Dans notre série la recherche de Meckel est signalée chez 129 malades soit 30,71% de cas. Cette recherche a été toujours négative.

Notre attitude est de :

procéder à la recherche obligatoire et insistante du diverticule de Meckel dans les cas d'appendicite aigue .

- Rechercher systématiquement le diverticule de Meckel dans toute appendicite chronique et dans toutes les coeliotomies.

L'absence de diverticule dans notre série ne nous conduit pas à contester sa présence en cas d'appendicite. Tout au plus la discordance entre la clinique et l'aspect de l'appendice doit toujours nous conduire à un inventaire plus poussé de l'abdomen.

### **3.6 Le Drainage :**

Les indications sont :

- Appendicectomies difficiles aboutissant à des zones cruentées.
- Perforation appendiculaire avec atteinte de la cavité abdominale  
Bower (14)

- Abscess appendiculaire ; l'appendicectomie est envisagée plus tard.

Dans notre série prospective, nous avons mis un drain 1 fois sur 10.

Nous constatons alors : \* 1 fistule caecale

\* 2 abscess de paroi

Nous pouvons dire que le drainage n'aboutit pas toujours à des complications aussi simples.

A côté du drainage classique il existe l'irrigation-drainage (14, 76) dans le traitement des péritonites appendiculaires.

### **3.7 L'Antibiothérapie :**

L'indication de l'antibiothérapie reste discutée. Des rares cas de gangrène pariétale (75) observés après appendicectomie banale font prescrire la pénicillinothérapie à titre systématique. Les formes sévères imposent antibiothérapie adaptée aux données de l'antibiogramme (2).

Selon la revue de littérature :

\* PLANE (77) utilise 207 fois (3,4 %) l'antibiothérapie. Ses complications sont de l'ordre 7 cas (5 abscess de paroi et 2 complications intra abdominales).

\* XU (95) préconise la prévention des suppurations pariétales après appendicectomie par l'utilisation du Métroimidazole ovule en antibioprophylaxie. Pour lui c'est un moyen commode et économique de prévention .

\* VERNAY (92) constate que l'antibioprophylaxie peut faire chuter le taux de complications de 6,54% à 0,93%. Ceci constitue une économie de santé par la réduction notable de jour d'hospitalisation

\* QUADFEEL (71) envisage l'association d'une forte dose de Point G (20 millions UI) à un dérivé imidazole (Metronidazole) pendant 7 jours pour la prévention d'une gangrène gazeuse de paroi suite à un abcès appendiculaire.

Pour notre série des conditions essentielles nous oblige à faire l'antibiothérapie systématique.

- Le manque de réactif pour antibiogramme au laboratoire du Point G et en début de notre étude.

- La gravité des formes compliquées.

Malgré l'utilisation de l'antibiothérapie, nous avons connu 9 cas de complications post opératoires infectieuses soit 11,25%

L'utilisation de l'antibiotique reste à l'appréciation de l'opérateur. Nous pensons que l'antibiothérapie systématique, diminuer les complications post-opératoires, et l'antibioprophylaxie bien adaptée obtient une satisfaction des complications post-opératoires.

#### 4. Suites opératoires

Nous ne rapportons seulement que les cas de l'étude prospective.

Sur les 80 malades appendicectomisés, nous avons trouvé :

- 9 cas de complications correspondant à un taux de morbidité de 11,25%, la comparaison avec la revue de la littérature permet de noter les résultats suivants :

Tab 31 : Tableau comparatif des Suites Opératoires des Séries

AUTEURS	NOMBRES	MORBIDITE	MORTALITE
Afanassief (3)	200	6%	0
Chevalier et Durand (23)	2.200	0,1%	0,125%
Allouis (5)	866	4,15%	1,15%
Cortesi (27)	8.738	2,04%	1,034%
Sava (83)	5.348	0,58%	0,41%
Malvy (64)	2.845		0,36%
Skoubo (84)	202	5,44%	0,5%
Fhua (39)	825	7,8%	0,6%
Kehila (55)	376	8,5%	
Kouame (58)	456		3,3%
Notre série prospective	80	11,25%	0

L'analyse de ce tableau note que :

- En Afrique : le taux de morbidité varie de 7,3% à 11,25%,  
le taux de mortalité oscille de 0,5% à **3,3%**.
- En Europe : le taux de morbidité passe de 0,4% à 6%,  
le taux de mortalité va de 0,125% à 1,15%

Nous constatons qu'il y a une très grande différence entre les valeurs exprimées. Cependant on peut retenir que notre série a un pourcentage élevé en taux de morbidité.

Pour améliorer les pourcentages en Afrique il faut :

- sensibiliser les malades à consulter tôt,
- vulgariser la notion d'appendicite et ses complications qui sont souvent graves.

#### 4.1 Sur la Morbidité

Deux types de complications post opératoires peuvent survenir :

- les complications médicales ( septicémie, insuffisance rénale aiguë, insuffisance respiratoire aiguë) en général apparaissent conditionnées par le terrain. Elles n'existent pas dans notre série.

Les complications "chirurgicales" de survenue imprévisible se voient même après l'ablation d'un appendice normal.

Toutes les complications relevées sont chirurgicales. Selon la littérature, nous observons des cas de complications chirurgicales.

KOUAME (58) = 37 cas soit 82,22% des cas de péritonite appendiculaire.

DEUS (36) = 9 cas 6,8% des appendicectomies.

NOTRE SERIE = 9 cas 11,95% des appendicectomies.

Les complications post-opératoires sont variables d'une série à une autre car elles sont imprévisibles.

Nous n'avons pas de registre de suites postopératoires détaillées.

Nous rapportons donc les suites post-opératoires précoces de la série prospective. Nous avons constaté 9 cas de morbidité soit 11,95% des appendicectomies.

L'analyse de ces complications donne des affections suivantes :

Tab 32 : Nombre de complication par affection

	ABCÈS DE PAROI NOMBRE	FISTULE STERCORALE NOMBRE
Appendicite aiguë	1	1
Peritonite	2	
Appendicite chronique	1	
Appendicectomie de "Principe"	1	
Total	8	1

Les abcès de paroi représentent 8 cas soit 88,89% des complications post opératoires et la fistule stercorale (1 cas) soit 11,11%.

Nous n'avons pas d'informations sûres sur les complications post opératoires immédiates de la série rétrospective.

Cependant nous avons relevé dans les registres de compte-rendu opératoire cinq cas de réinterventions :

- 2 syndromes du 5<sup>e</sup> jour ,
- 1 occlusion post appendicectomie,
- 1 abcès de Douglas.

Par ailleurs, il n'y a pas de suivi à distance de nos malades.

Au total nous retenons dans la série prospective :

+ 1 cas de fistule caecale

Selon la littérature , la fistule stercorale fut retrouvée dans les séries :

- BERTIN (9) = 7 cas soit 0,1%
- EHUA (39) = 2 cas soit 0,36%
- KOUAME (58) = 4 cas soit 2,53%
- NOTRE SERIE = 1 cas soit 1,25%

La survenue d'une fistule stercorale postappendicectomie est en rapport avec :

- un lâchage du moignon,
- un traumatisme au cours des manoeuvres opératoires.

La fistule peut se tarir seule si le trajet fistuleux est court.

Pour le traitement de la fistule stercorale, CHIPPONI (25) préconise l'irrigation lavage.

Pour GOUZI ET Coll (48) l'alimentation parentérale totale puis combinée à une alimentation entérale à faible débit continu peut aboutir à la guérison complète.

Présentation du cas :

### Observation

S.D, 65 ans, sans antécédant particulier, a été admis pour syndrome douloureux de la FID

L'interrogatoire révèle que depuis 4 jours, il présente :

- Une douleur localisée de la FID irradiant vers le dos
- Une constipation
- Une anorexie

Face à cet état, le malade ingère un médicament traditionnel.

Les suites s'accompagnent :

- De vomissements alimentaires
- D'une diarrhée profuse
- De céphalées

A l'examen, le malade est fébrile. Il a une A.F.G avec une TA 10,5 / 7 et un pouls = 90 batt/mn.

La palpation retrouve une défense FID. Le TR est douloureux en haut et à droite.

L'A.S.P montre une grisaille diffuse.

Le diagnostic retenu est l'appendicite aigue.

A l'intervention chirurgicale, nous pratiquons une incision de Mac Burney. Nous observons :

- Un appendice retrocaecal très inflammatoire, perforé à sa base
- Un abcès de Douglas

Nous procédons à :

- Une appendicectomie rétrograde sans enfouissement
- Une toilette abdominale
- Un drainage iliaque droit

↳ Mise sous antibiothérapie osée (Ampicilline 2g/j et Gentamicine 80mg/j) pendant 5 jours.

↳ Une fermeture pariétale

Nous remarquons une fistule stercorale le 4<sup>ème</sup> jour.

Un traitement médical est entrepris, consistant à l'ablation du drain puis mèche. Les suites sont simples.

La fistule se tarit et guérit en 39 jours.

L'anatomopathologie de l'appendice, donne une appendicite aigue suppurée./.

1 Les abcès de paroi (8 cas) ou suppurations minimales pariétales

La littérature nous enseigne

MALVY (64) = 4%

EMMA (39) = 4,48%

KOUAME (58) = 10,66%

NOTRE SERIE = 10%

Quelle explication peut-on donner à ce problème ?

La moitié des appendices est de siège inhabituel et peut aboutir à des retards diagnostiques.

Il est reconnu que les appendicites dites compliquées peuvent facilement se solder d'une suppuration pariétale. Pour cela des mesures réelles d'aseptie complètent donc la technique chirurgicale.

#### 4.2 Sur la Mortalité

La réputation bénigne de l'appendicectomie ne doit pas faire oublier les risques qu'elle comporte (33). La survenue de complications graves peut réellement aboutir à des décès. On parle alors "d'appendicectomies meurtrières" dont les aspects sont largement relatés dans la littérature (38, 44, 45, 49).

Dans le tableau 31 la fréquence de la mortalité est plus élevée en Afrique qu'en Europe. Cela peut être lié à deux choses :

- le retard dans le diagnostic

- l'erreur diagnostique

Le meilleur moyen de diminuer cette fréquence est de penser au diagnostic d'appendicite et traiter sans délai.

Les complications émanant d'une appendicectomie peuvent entraîner une poursuite judiciaire (56).

Pour ESCAT (40) le problème est important pour les jeunes médecins oeuvrant pour la clinique de faire en sorte que la mortalité et la morbidité diminuent énormément.



### 5. Appendicite bilharzienne : (13, 20, 21)

La fréquence des parasitoses en Afrique tropicale peut compliquer le problème de l'appendicite.

En 1960, la présence des oeufs de Bilharzie a été constatée par de nombreux auteurs dans la paroi de l'appendice ou dans son méso.

La migration du ver se fait dans les territoires d'élection:

+ vaisseau mésentérique pour les trois espèces (schistosoma mansoni, intercalatum, japonicum )

+ localisation oro génitale pour l'espèce schistosoma hématobium.

Les schistosomes, agents des bilharzioses, sont des trématodes à sexe séparé vivant au stade initial dans le système veineux chez les mammifères et évoluant au stade larvaire chez un mollusque d'eau douce.

La contamination se fait par pénétration transcutanée et le sporocyte arrive aux systèmes veineux et lymphatique. Dans ces zones il y a une ponte des oeufs et formation d'un granulome dans les tissus.

Les oeufs de bilharzies provoquent une appendicite soit :

- par une infiltration pariétale provoquant l'œdème et la sclérose

- par surinfection des ulcères muqueux ou par rupture vasculaire.

La symptomatologie de l'appendicite bilharzienne ne diffère pas de celle d'une appendicite à germes banaux. L'eosinophilie est caractéristique de parasitose. Le traitement est chirurgical.

L'histopathologie détermine le diagnostic étiologique.

Un traitement médical antibilharzien (Biltricide) complète le geste chirurgical.

La revue de la littérature donne les fréquences de l'appendicite bilharzienne :

- CARAYON (21) = 11,25 %

- MAIGA (63) = 11,28 %

Dans notre étude nous avons colligé 21 cas d'appendicites bilharziennes soit 5, 74% des appendicectomies dont 5 cas en série prospective. Une appendicite bilharzienne a été retrouvée dans chaque cas d'appendicectomie ( appendicite 4 cas, appendicectomie de principe 1 cas).

A côté de cette entité d'autres parasites peuvent se retrouver au niveau de l'appendice et se manifester par un syndrome appendicélaire (amibes, ascaris, oxyures...).

Un traitement au Pranicquantel (40 mg/kg poids) doit être prescrit.

## 6 - Appendicectomie de "principe"

Encore appelé appendicectomie de "passage" ou "complémentaire", selon **ADLOFF** (1), c'est l'ablation complémentaire de l'appendice lors d'une intervention abdominale réalisée pour une autre lésion.

**TRANNER** (in 2) dans une étude portant sur 100 appendicites aiguës, a constaté que 12 patients présentant une perforation appendicéale avaient déjà subi une laparotomie.

**PLANE** (77) opère 41 malades pour d'autres motifs et constate 17 appendices macroscopiquement pathologiques (29,27%).

**CHEVALIER** (23) réalise 218 appendicectomies complémentaires à la suite d'une intervention gynécologique dont 20 appendices porteurs de lésions inflammatoires (9,17%).

**AFANASSIEF** (3), analyse 6 cas d'appendicectomies de "principe" retrouve 3 appendices histologiquement pathologiques.

Dans notre étude, nous avons réalisé ce geste complémentaire 120 fois soit 3,6% de l'ensemble des interventions chirurgicales.

Dans notre série prospective, cette pratique est faite dans 20 fois soit 35% des appendicectomies (ou le quart de la série).

Pour notre étude, nos objectifs ont été :

- Eviter l'appendicite ou ses complications pouvant survenir chez nos malades laparotomisés venant d'une zone non urbaine où les structures sanitaires font défaut.

- Enlever systématiquement les appendices de topographie inhabituelle pouvant entraîner des erreurs diagnostiques.

- Enlever tout appendice dont l'aspect macroscopique est douteux.

- Analyser les appendices afin d'en préciser l'état anatomo-pathologique.

Sur les 120 cas, il y a 85 femmes pour 35 hommes. Ceci s'explique par le fait de l'intrication assez fréquente de la pathologie appendiculaire et de la pathologie génitale.

Les âges extrêmes vont de 5 à 72 ans.

L'appendicectomie utilise la voie d'abord de l'intervention abdominale. Pour cela la médiane sus et/ou sous ombilicale est plus fréquente (90%). C'est la voie d'accès facile et peu délabrante pour les pathologies du pelvis.

L'appendice est de siège inhabituel dans 47 cas soit 39,16% (notre série, *in ?*). Ces appendices peuvent être source d'erreur diagnostique et conduire à des formes évoluées de l'appendicite.

L'aspect macroscopique de ces appendices, apparaît franchement pathologique dans 24 cas soit 20% des appendicectomies de toute la série. Les données de la littérature nous rapporte :

- CHEVALIER (23) = 9,17%
- PLANE (77) = 29,27%

Ces appendicectomies complémentaires sont elles exemptes de complications ?

En effet l'appendicectomie complémentaire n'augmente pas la gravité de l'intervention initialement décidée. Cela fut prouvé par BROWN (*in ?*) qui n'a trouvé aucune différence significative dans les taux de complication infectieuses.

EHUA (39) n'observe aucune complication. Ceci est contraire à d'autres séries, Chevalier (77) un cas (0,46%).

Pour notre part nous avons décelé un abcès de paroi soit 5% des appendicectomies de principe. Nous n'avons pas pu situer l'origine de ces infections. Cependant des règles "farouches" de l'aseptic étaient-elles respectées ?

LOVERY (*in ?*) rapporte une incidence de 28% d'anomalies anatomopathologiques dans sa série d'appendicectomie complémentaire.

Pour notre série nous avons 13 appendices pathologiques soit 8%. Dans la série prospective, nous retrouvons 5 cas soit 25% des appendicectomies de principe.

Quel serait le devenir de ces appendices s'ils n'étaient pas cultivés? La suite de toute appendicectomie, même complémentaire, n'est pas toujours couronnée de succès.

La revue de la littérature nous rapporte :

- BESJACQUES (35) = 6 cas de décès
- GERMAIN (45) = 4 cas de décès
- NOTRE SERIE = 0 cas.

## 7. Sur La Corrélacion Anatomoclinique

### 7.1 Le Diagnostic Clinique

#### Etude Comparative de l'Evolution du Tableau Clinique dans Deux Séries

Pour CARAYON (21) le pourcentage des appendicites aiguës non compliquées a augmenté régulièrement de 30,5% (entre 1949 et 1952) à 50,8% (1952-1960) puis 68% (1961-1968).

L'augmentation est très légère dans notre série de 27,5% (série retrospective) à 43,33% (série prospective).

Ceci s'explique par le fait que les groupes socio-professionnels (élèves, étudiants et fonctionnaires 61,67%), considérés comme les intellectuels, consultent plus facilement.

Le pourcentage de l'appendicite chronique a fortement diminué de 30,61% à 11,4% chez CARAYON (21). Dans notre série il a relativement baissé de 51,30% à 46,67%. Cela dénote toujours l'ignorance, sinon la réticence de certains groupes socio professionnels de traiter la maladie. Cela se justifie par l'évolution des formes évoluées qui reste stationnaire. Par contre chez CARAYON (21) elle diminue énormément de 32,6% à 20,2%.

### 7.2 Aspect Macroscopique de l'Appendice

Tab 33 : Etude comparative des états macroscopiques

ASPECT	PATHOLOGIQUE	NORMAL
SURMONT Etienne (in 38) 274 cas	70,6%	29,6%
Traqué (28) 71 cas	61,95%	38,02%
Notre Série Prospective 50 cas	43,37 %	7,63%

L'appréciation de l'aspect macroscopique est subjective et varie selon les études. Au moins 6 fois sur 10 l'appendice est qualifié de pathologique. Nous avons très peu d'appendices sains, car l'opérateur trouve justifié son acte par cet argument dans le cahier de compte-rendu. Seule l'analyse histopathologique peut le contester.

### 7.3 Aspect Microscopique de l'Appendice

La fréquence d'appendicectomie abusive peut varier de 25 à 50% (3, 28). Pour notre part, elle est inférieure à 5%.

L'explication à donner est que le 1/3 des pièces opératoires demeure sans suites histopathologiques (cf tableau 22, 23). Nous plaignons pour une analyse histopathologique systématique de toute pièce d'appendicectomie.

Selon ANGEISCU (6) cette analyse permettrait de préciser l'intensité de l'inflammation ou de découvrir des lésions avec potentiel évolutif.

#### 7.4 Corrélation anatomoclinique

Avec un manquant de plus de 40% des résultats histopathologiques dans l'étude rétrospective, nous ne pouvons pas faire une corrélation anatomoclinique.

##### Etude prospective:

Par analogie à l'étude de AFANASSIEF (3) nous considérons que :

- la concordance a été totale (si les deux termes clinique et anatomopathologie sont les mêmes),
- la concordance a été relative (lorsque la lésion histologique ne correspond pas à la clinique)
- la concordance a été nulle (lorsque l'histologie est normale).

Une étude comparative de la concordance anatomoclinique donne le tableau suivant :

**Tab 34 : Tableau comparatif de la concordance anatomoclinique**

CONCORDANCE	AFANASSIEF 203 cas	NOTRE SERIE PROSPECTIVE 73 cas
Totale	46%	50,68
Relative	33,5%	45,21
Nulle	20,5%	4,11

Nos remarques ont été que :

- Il y a moins d'appendicectomies inutiles dans notre série.
- Nos appendices enlevés sont 9 fois sur 10 malades, contre 8 fois sur 10 chez AFANASSIEF(3).

Dans notre série prospective l'erreur d'appréciation est 1 fois sur 2 contre 1 fois sur 3 chez AFANASSIEF (3).

Nous pouvons déduire que le diagnostic clinique est relativement peu cohérent. De ce fait, faut il croire que dans l'appendicite "il n'y a pas toujours de parallélisme entre la clinique et le degré de lésion appendiculaire" (3)?

Cependant toute pathologie appendiculaire ou même l'appendicectomie "de principe" peut se solder de complications post-opératoires.

### 7.5 Erreurs Diagnostiques

L'analyse histologique des appendices dans les syndromes appendiculaires peut aboutir à un taux variable d'appendices normaux de 5 à 90% (9, 11, 42, 78).Ce sont des appendicectomies dites inutiles ou abusives.

Ces erreurs sont plus notables chez la femme que l'homme, car cela est lié à la contiguïté existant entre les annexes et l'appendice.

BREUILLE (15) retrouve :

- 5 fois (0,3%) une erreur par défaut contre 32 fois (7,62%) dans notre série.

- 21 fois (1,2%) une erreur par excès contre 33 fois (7,86%) dans notre série.

Doit on considérer les conseils fournis par :

LAURENCE (in 2) : "Chez qui on ne parvient pas à formuler un diagnostic difficile et cohérent l'appendice doit être enlevé"

AFANASSIEF (3) : "L'appendice soupçonné d'inflammation reste une bombe dont le déclenchement et la charge restent inconnus".

Pour diminuer d'avantage les erreurs diagnostiques certains auteurs (7, 47, 53) préconisent de signaler l'authenticité de l'appendicectomie par une incision iliaque dans les appendicectomies "de principe". D'autres comme VUAYER (91) utilisent le carnet de suivi pour certifier l'appendicectomie et l'enfant sera informé plus tard.

Pour notre part, les actes chirurgicaux sont toujours notés sur le bulletin de sortie.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'appendicéctomie, dans l'esprit du public ou même dans la majorité du corps médical, est considérée comme une "petite" intervention aux "suites simples".

A partir d'une étude homogène de 540 appendicéctomies, nous avons dénombré :

- 420 appendicéctomies pour syndrome appendiculaire dont 60 cas en série prospective,

- 120 appendicéctomies de "principe" dont 20 cas en série prospective.

Au terme de cette étude, nous avons noté que l'appendicéctomie :

- représente 16,6 % des IC

- est notable dans les synd. append. avec 12,01 % des IC

- représente le 1/3 des IA, et occupe ainsi la première urgence digestive avec 46%.

La prévalence du genre est identique dans les deux sexes. L'incidence d'âge maximum se situe dans la 3<sup>e</sup> décennie.

Nous observons à partir d'une étude prospective que :

- 1 le diagnostic de l'appendicite est purement clinique;

- 2 il n'existe pas de signes pathognomoniques; ceci nous amène au polymorphisme clinique de l'affection.

Malgré la certitude de certains examens complémentaires tels l'échographie et la coelioscopie en pays développés, les erreurs diagnostiques existent (15,18% dans notre série). Celles-ci peuvent contribuer à :

- de nombreuses appendicéctomies inutiles (3,31%)

- maintenir le taux des appendicites compliquées à **10,15%**

L'appendicéctomie demeure le traitement incontesté des appendicites.

La technique d'appendicéctomie antérograde classique est réalisée une fois sur deux.

Dans la plupart des cas, l'appendice est macroscopiquement pathologique. Cependant il n'existe pas toujours un parallélisme entre la clinique et l'aspect macroscopique de l'appendice.

Les complications post-opératoires (11,25%) peuvent conduire à de longs séjours hospitaliers.

L'histopathologie confirme le diagnostic et détecte les lésions tumorales.

L'appendicectomie de "principe" avec 3,69% des IC et 0,49% des ID, n'est pas négligeable dans cette pratique. Ce geste est réalisé plus fréquemment chez les femmes après 30 ans.

L'état macroscopique et le siège de l'appendice nous orientent surtout vers l'appendicectomie "de principe".

Mieux, l'histopathologie de ces appendices nous invite à une pratique de l'appendicectomie de "principe" avec 3,69% des IC.

La décision et l'application pratique d'une appendicectomie nécessitent :

- \* un examen clinique complet du malade tout en insistant sur les signes locaux et généraux
- \* l'application d'une aseptic rigoureuse pour le geste chirurgical
- \* une éviction de l'utilisation intempestive des médicaments dans un syndrome douloureux de la FID avant l'assise du diagnostic réel.

Tout appendice excisé doit être soumis à une analyse histopathologique afin de détecter des lésions rares.

Nécessité absolue de suivi post opératoire, même à distance afin d'apprécier la positivité du traitement.

Mise en place d'un système d'archivage adapté à tous les services de l'hôpital de Point G.

Education sanitaire comportant une bonne information sur les signes d'alarme et les risques de l'appendicite aiguë



BIBLIOGRAPHIE  
\*\*\*\*\*

1 - ADLOFF M.

"Chirurgie de l'appendice iléo-coecal"

Editions Techniques - Encycl.Méd.chir. ( Paris France)

Techniques Chirurgicales - Appareil Digestif 10500,3.11.02,10 p

2 - ADLOFF M. et SCHOEGEL M.

"Appendicite"

Encycl.Méd.chir.Paris Estomac-Intestin, 9066;A10,10.1989,10 p

3 - AFFANASSIEF.A. MARY J.P., GRAS-CHAPPUIS f. LAMBERT D.

"Les Appendicites et leur Histologie Etude systématique de 200 cas  
Chir 1977, 103, 698 - 704

4 - AGBOKLU. S

"Absès Appendiculaires localisés sous hépatiques ( à propos de 2  
observations) 93 Congrès français de chirurgie Oct 1991

5 - ALLOUIS M. PAUL J.L. CARTIER P. BRACQ H. BABUT J.M.

"Les Complications Chirurgicales Graves Des Appendicectomies chez  
l'Enfant" Ouest Med, 1980, 33, 1045 - 1050

6 - ANGELSCU M, BARBALESCU M., JITEA M., BURCOS T., FILIPESCU G.

"Motivation De L'Etiologie Anatomopathologique Systématique Des Pièces De  
L'Appendicectomie" 93è Congrès Français de Chirurgie. Paris Oct 1991

7 - BATTISTELLI J.M., BOUCHER P., VERCHERAT M.

"Appendicite Aigue Du Sujet Très Jeune" (A propos d'un cas de  
apoplexie) Vie Médicale; 1936, Janv 2-3, 195-196

8 - BERTAL A., SOUMARE S., MERADJI B.

"Appendicites Aigues" A propos de 92 cas

Ann.Alger - chir, 1979, 13, (2), 9-14

9 - BERTIN P., LEPAGE T. PELLERIA D.

"Complication des Appendicectomies chez l'enfant"

Rév. de pédiatrie 1973, T.IX, 2, 131-140

10 - BESNIER J.P. HASENPOUTH A. JENOUDET D.

"Les absès du foie d'origine appendiculaire; une complication toujours  
actuelle" Chir Paris 1981, 3 - 8, 493 - 497

11 - BONNEVILLE M.

"Dolleur abdominale de l'enfant: orientation diagnostique"

Rév - Prat Paris 1991, 41, 2633 - 2638

12 - BOUILLOT J.L et COLL

"Appendicectomie par laparoscopie: résultats d'une étude prospective  
chez 100 malades." 93è Congrès français de chirurgie Paris Oct 1992

13 - BOURE P.

" Bilharzioses ou schistosomiases"

Flammarion France, 1983, 38, 88 - 91

14 - BOWER R.

" Lorsque l'appendice se perforé"

Temps Médical N° 111, Sept 1983, 115 - 117

15 - BREUILLE G. et COLL

"Quand la laparotomie ne confirme pas le diagnostic préopératoire"

94<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie (Paris) Oct 1992

16 - BROERTJES J.C.

"L'Étiologie des péritonites aiguës au Cameroun"

Afr Méd, 1987, 26, 256, 511 - 512

17 CABANNE F. BONENFANT J.L.

"Principes de pathologie générale, de pathologie spéciale et d'aetopathologie"

Maloine (2<sup>e</sup> Edition) 1986, 832 - 834

18 - CACIOPPO J.C. DIETRICH N.A. KAPLAN G. NORA P.F

"The consequences of current constraints on surgical treatment of appendicitis"

The American journal of surg, vol 157, Mars 1980, 276 - 281

19 - CAILLOT J.L. DARGENT J. NEIDHARDT I.P.N.

"Appendicectomie en urgence: Analyse rétrospective de 200 cas"

Lyon Chir 1987, 83/4, 257 - 260

20 - CARAYON A. PERQUIS P. LOCHOUARN L.

"Nouvelle enquête sur l'appendicite chez l'africain"

(A propos de 500 cas)

Méd. Tropicale, 1968, 22, 672 - 683

21 - CARAYON A. BLIN F.

"Enquête complémentaire sur l'appendicite chez l'africain"

(Réflexion sur un millier de cas)

Bull Soc Med Afr Noire, 1968, T XIII, 3, 696 - 698

22 - CHAPPUIS J.P. et COLL

"Principe et avantages de l'appendicectomie intra-aveugle chez l'enfant" (A propos de 250 cas)

Ann.Chir.1981, 35, 5, 348 - 350

23 - CHEVALIER J. DURAND A.

"Réflexion sur une série homogène de plus de 3200 appendicectomies"  
Lyon Chir 1980, 76, 251 - 253

24 - CHICHE B.

"Appendicite aiguë"

Encycl.Méd.Chir. (Paris), Urgences Bas: 21050 A - 10

25 - CHIPPONI J.

"Complication de l'appendicite aiguë : Diagnostic et Principes de traitement"

Rév.Pros (Paris), 1991, 11, 18, 268, 1723 - 1725

26 - CORNET L.

"Le point sur l'urgence chirurgicale en Afrique tropicale"

Pop. et Santé tropical., Sept. 1986, N°23, 1 - 2

27 - CORTESI et COLL

"L'appendicite et ses complications post opératoires"

A propos d'une série de 8738 cas

CHIR, 1985, 122, 577 - 579

28 - COULIBALY D.K.

"Etude Statistique de l'évolution du nombre d'interventions chirurgicales dans les hôpitaux de Bamako et de Kati"

(A propos de 82.987 actes chirurgicaux)

Thèse Méd. Blo, 1985, N°25

29 - CRISTALLI B. CHICHE R. IZARD V. LEVARDON M.

"Douleurs Pelviennes de la femme: Evolution d'une technique d'appendicectomie laparoscopique par vidéoscopie"

Ann.Chir. 1991, 45, 7, 529 - 533

30 - DAVENPORT H. V.

"Physiologie de l'appareil digestif "

Médecin 2è Edit, 1975, 70-75

31 - DE DOMBAL F.T, LEAPAR D.J, HARROCK J.C, STANILAND J.R, Mc CANN A.P

"Human and computer added diagnosis and abdomen pain: further report with emphasis on performance of clinicians."

Br Med J, 1974, 1, 376 - 380

32 - DE FRESNOYE ET COLL

"Syndrome carcinoïde d'une tumeur isolée de l'appendice"

Ann. Chir., 1974, 38, 8, 622 - 626

33 - DELARUE J. LAUMONIER R

"Anatomic Pathologie"

Flammarion Edit (Paris), 1987, 1, 901 - 906

34 - DESBROSSES J

"Appendicectomie << à la chaîne >>"

Lyon Chir, 1982, 78, 4, 266 - 267

35 - DESJACQUES R. MURAT J.

"Refl. ion sur 5.000 Appendicectomies"

La presse médicale, Mars 1963, 71, 803 - 805

36 - DEUS J. RAMIREZ J.M. LOZANO R.

"Appendicectomie et Appendice normal"

92<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie (Paris) 801 - 805 Oct 1990

37 - DE WATTVILLE J.C. GAYRAL F. TESTAS P.

"Intérêt de la coelioscopie de ant une suspicion d'appendicite aigüe"

93<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie (Paris) Oct. 1991

38 - DUPRE A ET COLL

"Les appendicectomies <<mourtrières>>"

20 cas observés dans un service de réanimation

CHU 1978, 101, 234 - 241

39 - EHUA S.F

"Appendicites et appendicétes d' milieu africain "

(A propos de 325 cas)

Thèse Faculté de Médecine Abidjan, 1983-1984, N°485

40 - ESCAT J.

"Appendicites et Appendicectomie"

81<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie Oct 1982

41 - FLAMANT Y.

"Les appendicectomies discutables"

Concours médical, Sept 1980, 111, 23, 2402 - 2404

42 - FRANCOIS Y. BONVOISIN S. DESCOS L. VIGNAL J.

"Etude prospective d'un score prédictif d'appendicite dans les douleurs de la fosse iliaque droite"

Gastroenterol.Clin.Biol., 1991, 15, 794 - 799

43 - GARCIA J.C

"Gargouillement de la fosse caecale"

J.Chir, 1989, 126, 1, 630 - 632

44 - GAUTHIER R. DUPRE A.

"Conclusion de la discussion sur les appendicéctomies <<nutritives>>"  
Chir, 1980, 106, 58 - 59

45 - GERMAIN A. FAGNIEZ P.L. Kerdilles Y.

"Les complications graves des appendicéctomies"  
Rév.Prat. Janv 1976, 26, 1, 31 - 44

46 - GODQUIN B.

"Le centenaire de l'appendicéctomie" (1887 - 1987)  
CHI, 1987, 113, 336 - 343

47 - GODQUIN B.

"Diverticule caecale et appendicite"  
J.Chir, 1989, 126, 11, 625 - 626

48 - GOUZI ET COLL

"Nutrition prolongée parentérale et entérale pour péritonite  
appendiculaire avec fistule digestive"  
Rév.Méd.Toulouse, 1975, 11, 829 - 845

49 - GOUZI ET COLL

"Complications graves de l'appendicéctomie"  
CHIR, 1977, 102, 430 - 439

50 - GROBOST O. ET COLL

"Appendicéctomie, Cholecystomie, lithiase vésiculaire et cancer  
colorectal"  
Gastroentérol Clin.Biol., 1991 15, 8 - 9, 594 - 599

51 - GUIVARC'H ET BENHAMIDA F.

"L'appendicite franche aiguë du sujet jeune. Ses séjours évolutifs.  
Diagnostic et Traitement"  
Rév.Prat. Janv 1976, 26, 9 - 17

52 - HELOURY ET COLL

"Complications des appendicites et appendicéctomies"  
(A propos de 106 cas)  
J.CHIR. 1983, 102, 11, 615 - 622

53 - HOLLENDER L.F. MEYER CH. BALKAN F.

"Les appendicéctomies complémentaires: aspects cliniques et  
médico-légaux"  
CHIR 1984, 110, 621 - 622

## 54 - KAMINA

"Dictionnaire : Atlas d'anatomie A-F"  
Maloine Édité, 1983, 44 - 45

## 55 - KEHILA M. SAID R. ACOVINI T.

"Gravités des appendicites aiguës traitées aux antibiotiques"  
(A propos de 16 cas)

Tunisie - Médicale 1984, 62, 18, 595 - 598

## 56 - KLISZOWSKI H.

"Complications des appendicectomies et leurs complications juridiques"  
CHIR 1981, 107, 454 - 458

## 57 - KOUADIO A.

"Contribution à l'étude des péritonites appendiculaires"  
(A propos de 100 cas au C.H.U. J. Tricbeville)

Thèse Méd. Abidjan 1980, N°626

## 58 - KOUAME Y.F.

"Les appendicites compliquées : Etude rétrospective de 158 cas traités au C.H.U. de Cocody"

Thèse Méd. Abidjan 1980, N°1037

## 59 - LABURTHE - TOLRA Y.

"Intérêt et limites du procédé d'HALSTED et LUONEL dans les appendicites aiguës"

CHIR. Juin - Juillet, 1981, 118, 6 - 7, 441

## 60 - LANGLOIS-ZANTAIN O. EROUKHMANOFFI S. RICHARD A. LAFAIX CH.

"Appendicite sus hépatique sur syndrome de Chilaïdidi"

Ann. Chir 1978, 32, 7. 384 - 385

## 61 - LEVAROL ET COLL

"Appendicectomies par coelioscopie : Résultats chez 115 malades"  
94è Congrès français de chirurgie (Paris) Oct 1992

## 62 - LINDT T. JENSEN F.S.

"Recurrent appendiceal colic"

Méd Chir dig (France) 1988, 17, 7, 470

## 63 - MAIGA B.

"Contribution à l'étude des appendicites aiguës : Aspects cliniques anatomopathologiques et étiologiques"

Thèse Med Bko, 1975, N°14

64 - MALVY P. LENEEL J.C. HELOURY P.C.

"Analyse statistique et réflexions à propos de 2845 appendicites opérées en 5 ans"

Bordeaux Médical, 1982, 15, 207 - 216

65 - MANTION G.

"Appendicite aiguë: Anatomie-Pathologie-Diagnostic-Principes de traitement."

Rév.Prat. (Paris) 1991, 41, 17, 1611 - 1643.

66 - MARRIE A.

"Chirurgie de l'appendice iléocaecal"

Edition technique. Encycl. Méd.Chir. (Paris - France)

Techniques Chirurgicales Appareil digestif, 10500, 1991, 15p

67 - METMAN E.H. JOUGLA E. MAGUIN P. DIAZ VALDES R. MINVIELLE D.

"Morbidité digestive diagnostiquée chez l'adulte. Résultats d'une enquête épidémiologique "

Gastroentérol Clin.Biol 1980, 4, 858 - 860

68 - MONDOR H.

"Diagnostique urgent"

Maison et Cie édit (Paris) 1947

69 - MONOD-BROCA PH.

"L'appendicite du vieillard"

Rév.Prat 1978, 28, 53 - 58

70 - MONTUPET PH. DE DREUZY GAUTHIER F. ET COLL

"L'appendicite avant l'âge de trois ans : une série de 9 cas"

Chir.Pédiatr.(sous presse

71 - MORER G.

"Prévention du syndrome du 5<sup>e</sup> jour :

L'amputation de l'appendice suivie de suture"

Chir. 1979, 105, 272 - 275

72 - MOURAD K. ET COLL

"Une appendicite en 60"

Presse Méd 1990, 19, 34, 1500

73 - MUNABEK K. KEBEN GNELE N.

"Les complications préopératoires de l'appendicite aiguë"

Afr.Méd. 1988, 27, 268, 536 - 538

74 - N'DIAYE A. SOW M.L.

"Appendicites aiguës"

Intro-Face-Afrique 1988, 7, 40 - 44

75 - QUADFEL J. ET COLL

"Appendicectomie locale pour gangrène gangueuse pariétale post opératoire" (A propos de 2 cas)

Chir. (Paris) 1989, 128, 11, 608 - 610

76 - PELLERIN D. BOULARD A.M.

"Le syndrome péritonéal du 3è jour après- appendicectomie à froid chez l'enfant"

Mém Acc.Chir. 1961, 87, 518 - 526

77 - PLANE P. CREANCE J.P. RONCERAY T. MAHOUE J.

"Etude statistique homogène portant sur 1642 cas d'appendicectomie"

J.Chir (Paris) 1978, 115, 10, 523 - 532

78 - RAMIREZ J.M. DEUS J.

"Essai d'un score diagnostique dans les syndromes douloureux suggestifs d'appendicite"

34è congrès français de chirurgie (Paris) Oct 1992

79 - REY CL. HUGUIER M.

"L'appendicite du sujet âgé"

La revue de Médecin, Nov 1981, 37, 2345 - 2348

80 - RICHARD M. SCHISGALL M.

"Appendiceal calcic in childhood. The role of inspissated casts of stool within the appendix"

Ann Surg 1939, 102, 5, 637 - 693

81 - ROHNER A.

"Appendice"

Masson 3è édit (Paris) 1979, 753 - 761

82 - SAMAMA G.

"Infirmière de salle d'opération"

Maloine édit 1981 face 1, 183 - 188

83 - SAVA G. BOUCHET P. MARESCEAUX J. GRENIER J.F.

"La mortalité de l'appendicectomie : à propos d'une série homogène de 5348 cas"

Ann Chir 1981, 35, 1, 21, 26

84 - SKOUBO E. KRISTENSEN E. HUID I.

"The appendiceal mass  
Result of conservative treatment"

Ann of surg Nov 1982, vol 106, N°5, 584 - 587



**85 - STOPPA ET COLL**

"Le risque de l'appendicéctomie dans une série homogène"

CHIR 1978, 104, 704 - 714

**86 - TABOURY J.**

"Echographie de l'abdomen : appendice"

Masson 3<sup>e</sup> édit. (Paris) 1989, 261 - 266

**87 - TIRET L. RAMAN N. HATTON F. FAGNIEZ C.**

"La chirurgie digestive en France : une enquête épidémiologique nationale" (1978 - 1982)

Gastro-entérolog. Clin. Biol. 1983, 12, 354 - 360

**88 - TRAORE I.T.**

"Contribution de l'étude épidémiologique des appendicites dans les hôpitaux de Bamako et de Kati"

Thèse Méd. Bko 1983 N°15

**89 - UCCHEDDU A. MURGGIA C. LICHERIS S. DAZZI C. CAGETTI M.**

"A propos des fistules appendiculaire cutanées primitives pour appendicite"

Ann Chir 1984, 38, 3, 216 - 219

**90 - VALLA J.S. ET COLL**

"Appendicéctomie chez l'enfant sous coelioscopie opératoire"

(A propos de 465 cas)

J. Chir (Paris) 1991, 128, 306 - 310

**91 - VALAYER J. GAUTHIER**

"Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant"

Encycl.Méd.Chir. (Paris) 4618 y 10, 3 - 1989

**92 - VERNAYE A. CARPENTIER E. GAILLAT J. HATEM J.**

"Antibioprophylaxie et appendicéctomie : Conséquences pratiques pour une économie de santé"

(A propos de 642 cas)

J.Chir (Paris) 1988, 125, N°1, 37, 41

**93 - VEYRIERES M. FEYDY P.**

"Problèmes thérapeutiques posés par les abdomens médico-chirurgicaux"

Encycl.Méd.Chir. (Paris) Thérapeutique 25560, A 10, 3, 1989

**94 - WEI MING KANG ET COLL**

"A clinical evaluation of ultra sonography in diagnosis of acute appendicitis"

Surg 1989, 105, 154 - 159

95 - XU R. YOLO H.

"Prévention des suppurations de paroi après appendicectomie par le méthronidazole par voie rectale."

Lyon Chir 1986, 82, 2, 191 - 192

96 - YUSUF M.F DUNN E.

"Appendicitis in the elderly : learn to discern the untypical picture"

GERIATRIES 1979, 34, 73 - 79

A N N E X E S

Fiche d'Observation N° [ ]

Date [ ]

Coordonnées du malade

Nom [ ]

Prénom [ ]

Age [ ]

Sexe [ ]

Initiale [ ]

Profession [ ]

Habitudes Alimentaires

- Matin [ ]

- Midi [ ]

- Soir [ ]

- Autres [ ]

Clinique

Spécies début [ ] type [ ] siège [ ]

intensité [ ] irradiations [ ]

\*Le délai d'évolution [ ]

\*Les signes fonctionnels associés

Vomissement [ ] Nausées [ ]

Constipation [ ] Diarrhées [ ] Autres [ ]

\* Les A.T.C.D

Personnels

Médicaux [ ] Traitements Antérieurs [ ]

Chirurgicaux [ ]

Infection Parasitaire [ ]

Familiaux

Médicaux [ ]

Chirurgicaux [ ]

EXAMEN PHYSIQUE

Palpation EID

Gargouillement de la fosse coecale

Taucher Delvigne: TR   
TV

SIGNES GENERAUX

MG  Température

Puls  TA

BIOLOGIE

NFS \_\_\_\_\_

VS \_\_\_\_\_

ES \_\_\_\_\_

TC \_\_\_\_\_

TCK \_\_\_\_\_

A.S.P.

EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES

ECHOGRAPHIE

LB

DIAGNOSTIC

TRAITEMENT DES CAS

CONSTATATIONS DEROGATOIRES

Siège  Etat  Adhérences

Dus  Recherche de MECKEL

Autres

Techniques Opératoires

Incision

Appendicectomie

Antérograde

Rétrograde

Avec enfouissement

Sans enfouissement

Autres

Suites post-opératoires immédiates

ANTIBIOTHERAPIE

Type  Durée

Hémorragie / Réaction

Infection

Réintervention

RESULTATS ANATOMOPATHOLOGIQUES

Appendice Sain  Appendicite Aiguë

Appendicite Chronique  Appendicite Bilharzienne

Appendicite Parasitaire  Autres

PROBLEMES D'APPENDICECTOMIE DE PRINCIPLE

Appendice Sain

Appendice Pathologique

CORRELATION ANATOMOCLINIQUE

NOM : KEITA

PRENOM : N'TJI

TITRE DE LA THESE : ETUDE DES APPENDICECTOMIES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE " A " , A L'HOPITAL DU POINT G.  
(A PROPOS DE 540 CAS)

ANNEE : 1991 - 1992

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP)

SECTEUR D'INTERET : CHIRURGIE

### RESUME

A partir d'une étude rétro et prospective menée sur 7 ans nous avons relevé 540 cas d'appendicectomie dont 400 cas pour Synd. Append. et 120 autres cas survenus lors d'une intervention abdominale.

De pratique courante l'appendicectomie représente 16,6% des IC.

Elle est faite 1 fois sur 2 ID et constitue ainsi près de la moitié des UA.

L'appendicectomie se pratique chez tous les sexes et sans préférence de classe socio-professionnelle. Elle est fréquente dans la 3è décennie de la vie. L'indication opératoire est purement clinique.

L'incision de Mac BURNET est la voie d'abord principale de l'appendice (90,48%).

L'analyse macroscopique retrouve 70,44% d'appendices pathologiques. Malgré sa réputation de bénignité, elle est souvent suivie de complications infectieuses (11,25%), guérissant sous traitement médical.

L'étude histopathologique certifie que 9 sur 10 appendices enlevés sont pathologiques.

L'appendicectomie de "principe" est une entité bien soignée avec 3,00% des IC dans notre série. Elle est trois fois plus pratiquée chez la femme que chez l'homme. L'appendicectomie de principe ne reste pas toujours sans complications post-opératoires. L'histopathologie dans l'étude prospective retrouve 18,05 % d'appendices pathologiques.

(6) MOTS CLES : Appendicectomie - Syndrome Appendiculaire - Appendicite - Douleur - FID - Appendicectomie "de principe".

## SERMENT D'HIPPOCRATE

-----

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'Effigie d'Hippocrate je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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 leur père.

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.