

**MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

UNIVERSITE DE BAMAKO

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

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005-2006

N°/

**APPENDICITES AIGUËS A
L'HOPITAL DE SIKASSO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2006

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie**

Par

Mr : Yacouba YALCOUYE

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

Jury

PRESIDENT : Pr TIEMAN COULIBALY

MEMBRES : Dr IBRAHIMA DIAKITE

CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr ALY BOUBACAR DIALLO

DIRECTEUR DE THESE : Pr GANGALY DIALLO



**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- A Allah ; le tout puissant, le clément le miséricordieux
Louange à toi lumière des cieux et de la terre et qu'elle renferme. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans tous nos actes quotidiens ; que vous nous montrez le droit chemin en nous éloignons du mal.

- Au prophète Mohamed : Rasouloulahi (Paix et salue sur lui).

Que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur toi et tous les membres de ta famille. Nous te témoignons notre fidélité éternelle pour le bien accompli pour l'humanité.

- A la mémoire de notre père : SEYDOU YALCOUYE
- A la mémoire de mes mères : ASSETOU GUINDO, HAWA GUINDO
- A la mémoire des mes oncles : PEPELOU YALCOUYE, MOUSSA YALCOUYE, IBRAHIM YALCOUYE
- A la mémoire de ma tante : FANTA TIMBINE
- A la mémoire de mes grand'mères : NIMABA GUINDO, YAINDE TIMBINE, AMBA GUINDO

Que le messenger d'Allah l'ange GABRIEL vous rapporte la lumière de ce grand évènement

Que le tout puissant par sa grâce vous accueille dans son paradis éternel

- A mes cousines : MARIAM GUINDO, YAOUERE YALCOUYE, AISSATA YALCOUYE, KADIDIATOU YALCOUYE

Merci pour le soutien moral et les encouragements.

- A mes cousins : AMADY YALCOUYE, MAMOUDOU YALCOUYE, SEYDOU YALCOUYE, HAMADY TEMBINE, MOCTAR GUINDO

Ce travail est le fruit de vos efforts.

- A mes frères et sœurs : HAMA YALCOUYE, OUSEYNY YALCOUYE, ADAMA YALCOUYE, FEUSSAL YALCOUYE

Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est le votre

- A mon épouse MAIMOUNA DOLO : Les parents ne sont pas trompés en nous unissant pour le meilleur et le pire. Ton savoir faire, ton savoir vivre et ta douceur m'ont beaucoup impressionné, que Dieu puisse nous accorder longue vie et une meilleure vie conjugale.

- A ma nièce :SAFIATOU TIMBINE

Courage et perseverance

- A nos fils : PEBELOU YALCOUYE ET SOULEYMANE TEMBINE

Que le tout puissant vous assiste

- A mon oncle SOULEYMANE GUINDO
- A ma tante DENNE GUINDO

Ce travail est le votre

A tous mes camarades de classe,

En souvenir de nos années d'études.

A mon pays le Mali, à qui je dois beaucoup.

REMERCIEMENTS

- Au Docteur MAMADOU DOLO

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de nous faire des futurs bons médecins. Plus qu'un chef, vous êtes pour moi un père, comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

- Au Docteur BREHIMA CISSE

Ce travail est le votre, vous avez été pour moi un cousin, un père de par vos conseils et vos critiques. Votre soutien moral et matériel n'a jamais fait défaut, vous n'avez ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail. Soyez rassuré cher maître de toute ma reconnaissance.

- Au Docteur ALY BOUBACAR DIALLO

Vous avez initié et suivi ce travail depuis son début. Votre qualité humaine votre franche collaboration, m'ont beaucoup impressionné. Recevez à travers ce passage l'expression de ma profonde gratitude.

- Au Docteurs JULIO et RENNE

Toute ma reconnaissance pour votre soutien dans l'élaboration de ce travail.

- Au Docteur YOUSSEUF YAKWE

Vous avez fait tout ce qu'on attend d'un grand frère. Votre soutien moral et vos encouragements m'ont beaucoup aider a surmonter les obstacles rencontrés dans l'élaboration de ce travail qui est le votre.

- Au Docteur MAHAMANE MAIGA

La considération, l'attente, l'estime, les conseils et l'aide que vous m'avez apportés m'ont été d'un grand soutien, puisse ce travail témoigne ma forte reconnaissance et ma profonde gratitude.

- Aux Docteurs : MAMADOU BAKARY COULIBALY, MAMADOU KEITA, NEGUESSON DIARRA, DICKO SAFI BASIL, TRAORE IDRISSE, MOUSSA EUGENE DEMBELE, ABDOULAYE SANOGO, AMAGUIRE SAYE, MANSSOUR SY, MAMADOU MARIKO, SOUNKALO COULIBALY, DRISSA SIDIBE, ALLASSANE PEROU
AMAGUIRE SAYE, SIDY YATTARA

Cordial remerciements.

- A tout le personnel de l'hôpital de Sikasso
- A tout le personnel de l'ASACOB
- A tout le personnel du CDI (commissariat au développement institutionnel)
- A tout le personnel du service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital <<GABRIEL TOURE>>
- A tonton YALIEMA KASSOGUE et famille à Magnambougou
- A tonton IBRIM DOLO et famille à Banconi Plateau
- A tonton OUMAR OMBOTIMBE et famille à Banconi
- A tonton ALY KOURIBA et famille à Sotuba
- A tonton THOMAS ZERBO et famille à Lafiabougou
- A tonton BAREIMA BAMIA et famille à Sikasso
- A Mr HAMA TEMBINE et famille à Sikasso
- A Mr OGOBASSA SAYE et famille à Banconi Plateau
- A Mr INDE TEMBINE et famille à ATT bougou
- A Mr BOUREIMA TEMBINE et famille à Kalanbancoro
- A la famille KONARE à Banconi plateau
- A la famille SOUMOUNOU à Banconi plateau
- A la famille SANOGO à sabalibougou
- A la famille TEME à Banconi Plateau près de la mosquée Dogon

Pour le soutien moral affectif et financier

- A tous les membres du Grain BAÏSSO

- A ma sœur et confidente YAYE OUOLOGUEM

Ce travail est le votre

- A tous les membres du club des anciens de la S7 du LBF
- A tous mes amis et compagnon de lutte :
ASSEGUERE TEME , KONARE BOUBACAR, HAROUNA BAMBA, ALOU BALLO, CHEICKNA SYLLA, KALANE CISSE, KALBA TEMBINE, MAMADOU DEMBELE, OUSMANE DEMBELE, BACARY KONE, MODIBO KODIO, HAROUNA OMBOTIMBE, HAMIDOU SAYE, DANIEL KOURIBA, DAVID SAYE, BOUREIMA GOIMBA DRISSA SIDIBE, MODIBO SIDIBE, TATA FANE, LEMINE DICKO
ALY DOLO, JEAN TEMBINE, YOUSOUF KAREMBE, DJIBRIL COULIBALY, KADIATOU TOGOLA
En témoignage de ma profonde gratitude
- A Mr NOUHOUM TEMBINE, Documentaliste pour son assistance technique et sa patience pour l'élaboration de ce document.
- Aux maîtres et professeurs de la FMPOS : la réussite de ce travail est le résultat de votre enseignement de qualité. Je ne cesserais jamais de vous remercier.
- A tout le village de Sobo, de Ondougou, de Tegou, de Amala
- A toute la promotion 1983-1984 de l'école de Ondougou
- A toute la promotion du Baccalauréat 1997 du Lycée Bouillagui Fadiga

Toute ma reconnaissance et sympathie

Tous ceux qui n'ont pas retrouvé leurs noms ici

A tous mes maîtres et tous ceux qui ont contribué à la formation de mon bagage intellectuel et de ma personnalité.



HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY

**A notre maître et président du jury
Professeur TIEMAN COULIBALY
Chirurgien au CHU GABRIEL TOURE
Maître de conférence en traumatologie et
orthopédie**

Nous avons été très marqués par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Vos qualités humaines, votre compétence et votre expérience font de vous un maître sûr que la jeune génération aimerait longtemps avoir à ses côtés.

Veillez recevoir, cher maître l'expression de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A notre Maître et directeur de thèse
Professeur GANGALY DIALLO
Maître de conférence agrégé de chirurgie viscérale
Médecin Colonel de la Gendarmerie Nationale du
Mali
Médecin chef de la Gendarmerie Nationale du Mali
Chef de service de chirurgie générale et pédiatrique
au CHU Gariel Touré

L'assiduité, la ponctualité, et la rigueur scientifique qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin

Trouvez ici cher maître l'expression de notre très haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE
DR IBRAHIMA DIAKITE
Spécialiste en chirurgie viscérale au CHU GARIEL
TOURE

J'ai découvert a l'occasion de ce travail un maître ouvert disponible qui n'a ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail.

La clarté de votre raisonnement, votre caractère, votre compétence technique nous resterons en mémoire toujours. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profond respect et de nos remerciements

A notre maître et co-directeur de thèse

DR ALY BOUBACAR DIALLO

**Chef de service de chirurgie générale de l'hôpital de
sikasso**

Vice président du comité médical de l'hôpital de

sikasso

Spécialiste en chirurgie viscérale

Cher maître vous m'avez créé un cadre idéal pour la
réalisation de ce travail.

Vous avez réellement participé à notre formation de
part vos critiques et votre qualité de raisonnement
scientifique. Recevez cher maître toute notre
reconnaissance.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION(1-2)

II. GENERALITES (3-21)

III. METHODOLOGIE (22-23)

IV. RESULTATS (24-40)

V. COMMENTAIRES / DISCUSSION(41-56)

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS (57)

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES(58-67)

ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

FICHE D'ENQUETE

SERMENT D'HYPPOCRATE

ABREVIATIONS

AI: Alliés

AMA :Assistance Médicale Africaine

AMI : Assistance Médicale Indigène

ANDEM :Agence national pour le développement de l'évaluation médicale

ASP : Abdomen sans préparation

CAN: Coupe d'Afrique des nations

CRP :Protéine C. réactive

DR : Docteur

FID : Fosse iliaque droite

FIG : Fosse iliaque gauche

FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HNPG :Hôpital National du Point <<G>>

IMSO :Incision médiane sous ombilicale

NFS: Numération formule sanguine

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SMIG : Salaire minimum inter professionnel garanti

TDM: Tomodensitométrie

UIV : Urographie intraveineuse

USA : United States of America



INTRODUCTION

1-INTRODUCTION

L'appendicite aiguë est une inflammation de l'appendice [23, 46]. Elle constitue une urgence chirurgicale abdominale très fréquente aussi sa réputation de pathologie bénigne n'est pas entièrement justifiée car on meurt encore d'appendicite [23].

Considérée comme indication formelle de l'appendicite, l'appendicectomie concerne 12-13% de la population dans les pays industrialisés de l'Amérique du nord, de l'Europe et de l'Australie [53, 70].

En France, elle représente 26% des interventions chirurgicales [74].

Cependant, l'appendicite n'est en cause que dans 60% de ces appendicectomies [70].

En Afrique Noire, elle a été décrite comme rare [12, 13], mais des études d'auteurs ivoiriens [25, 44, 45] ont montré qu'elle est l'une des urgences chirurgicales les plus fréquentes.

A Dakar (Sénégal) elle représente 33% des urgences [74].

A Bangui, elle représente 4,4% des urgences [78].

Au Mali les premières études réalisées ont montré des fréquences hospitalières basses.

En 1975 l'appendicite aiguë était en cause de 6,31% des interventions chirurgicales pratiquées dans les 3 grands hôpitaux du pays : Gabriel Touré, Point « G », Kati [51].

Les études effectuées à l'hôpital du Point « G » ont montré qu'en 1992, 28,8% des douleurs de la FID avaient une cause appendiculaire [21]. La même année en chirurgie « A » l'appendicectomie pour syndrome appendiculaire a représenté 12,9% des interventions chirurgicales [43]. En 2002 elle a représentée 9% des consultations à l'hôpital Gabriel Touré [20].

L'appendicite peut survenir à n'importe quel âge mais elle est rare aux âges extrêmes [71]. Le pic se situe entre les premiers et troisième décades de la vie [19, 61, 67,71,73].

Le sexe ne constitue pas un facteur de risque [71].

Beaucoup d'auteurs [1, 37,49] trouvent un sexe-ratio entre 1 et 1,5.

La mortalité est relativement faible entre 0,1 et 0,25%. Elle dépend surtout de l'ampleur des lésions mais aussi de l'âge des patients [4,34].

A l'hôpital régional de Sikasso, nous n'avons pas trouvé d'étude similaire. C'est pour combler ce vide que nous proposons d'y mener cette étude.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les appendicites aiguës à l'hôpital de Sikasso

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence hospitalière ;
- Décrire les aspects diagnostics et thérapeutiques
- Analyser les suites opératoires ;
- Evaluer le coût du traitement.



GENERALITES

II- GENERALITES

2-1- RAPPELS ANATOMIQUES

2-1-1 Embryologie [51, 68]

Le cæcum se développe au dépend de la branche inférieure de l'anse ombilicale sous forme d'un bourgeon ; sa situation définitive est le résultat de la rotation de l'anse ombilicale ainsi que de l'accroissement du bourgeon cæcal qui va progressivement gagner la fosse iliaque droite.

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

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

2-1-2- Anatomie macroscopique[47, 51]

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

2-1-3-Anatomie microscopique [17, 51]

La paroi appendiculaire est formée de dedans en dehors par :

Une séreuse péritonéale interrompue par un mince liséré correspondant à l'insertion du méso appendice.

Une couche musculaire longitudinale, puis circulaire. Cette couche musculaire bien développée dans son ensemble peut manquer par place permettant ainsi au tissu sous muqueux de rentrer directement en contact avec la séreuse.

La sous muqueuse appendiculaire renferme de nombreux organes lymphoïdes qui ont fait considérer l'appendice comme l'amygdale intestinale

La muqueuse appendiculaire est semblable à celle du gros intestin mais les éléments glandulaires sont rares.

Cette structure varie suivant l'âge :

Chez le nourrisson le tissu lymphoïde est en quantité modérée ; d'où une lumière appendiculaire relativement large.

Chez l'enfant apparaît une hypertrophie lymphoïde qui entraîne une réduction du diamètre de la cavité appendiculaire.

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

2-1-4-Rapport de l'appendice [72]

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

2-1-4-1-Cæcum et appendice en position dite normale celui-ci répond :

- en dehors : à la face latérale du cæcum,
- en dedans : aux anses grêles
- en avant : à la masse intestinale et à la paroi abdominale,
- en arrière à la fosse iliaque droite, aux vaisseaux iliaques externes et à l'uretère droit.

2-1-4-2-Cæcum en position haute, l'appendice rentre en rapport avec le foie, la vésicule biliaire .

2-1-4-3-Cæcum en position basse (appendice pelvien),

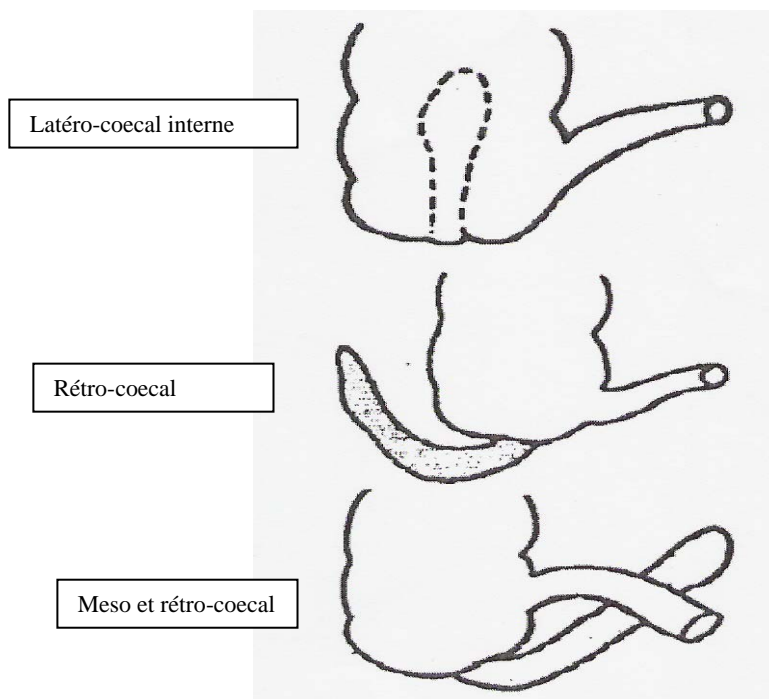
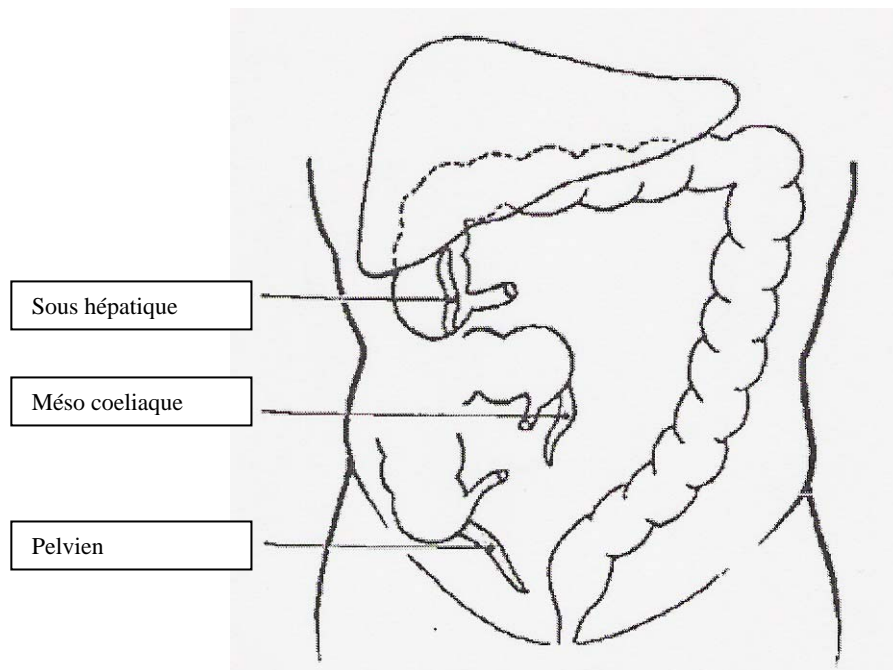
L'appendice entre en rapport avec : la vessie, le rectum, l'utérus, la trompe droite, l'ovaire droit le ligament large.

2-1-5-Anatomie topographique [16, 68]

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

- latero-caecale,
- rétro cæcale pur ou en arrière de la jonction iléo-cæcale,
- mesocaelique (sus ou sous ombilicale)
- pelvienne.
- La position latérocaecale est la plus fréquente (65%des cas),

Figure 1 : Différentes positions de l'appendice [2]



2-1-6-Anatomie fonctionnelle [23, 68, 72]

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

2-1-7-Vascularisation de l'appendice [47, 50]

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

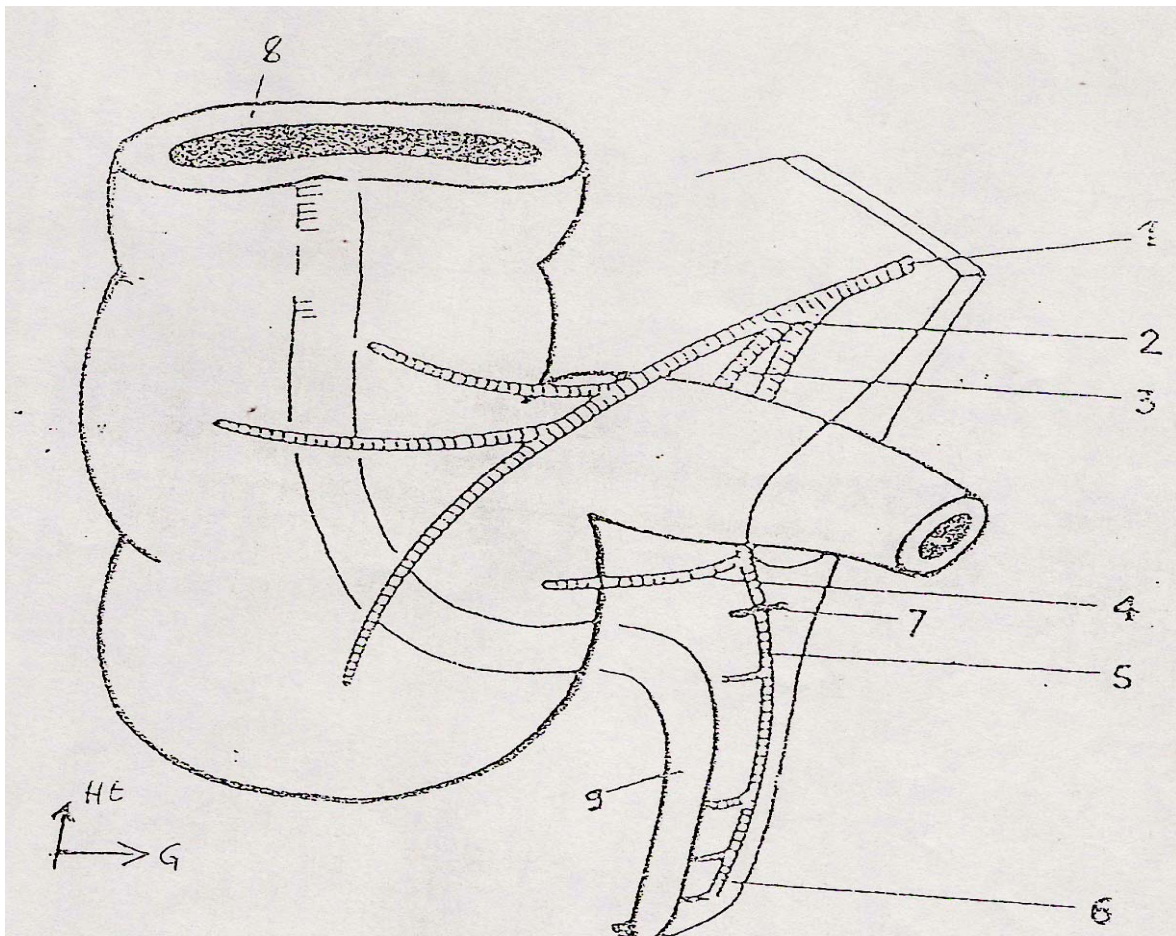
- un petit rameau récurrent qui rejoint la base d'implantation de l'appendice, une artère récurrente iléale,
- plusieurs rameaux appendiculaires.

Toutes ces artères sont de type terminal.

La veine iléo-caeco-colo-appendilaire s'unit à la veine iléale pour constituer un des troncs d'origine de la veine mésentérique supérieure.

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

Figure 2 :Disposition anatomique classique de la région caeco-appendiculaire[2]



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

2-1-8-Innervation de l'appendice

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

2-2- PHYSIOPATHOLOGIE [23, 68, 67]

Organe diverticulaire en rapport avec le contenu septique du cæcum l'appendice présente à des prédispositions favorables à l'infection. Il contient 10^6 à 10^9 germes par gramme de selles. Cette flore endoluminale est adhérente à la paroi appendiculaire. Une rétention stercorale due à l'augmentation du volume des amas lymphoïdes sous muqueux tend à obstruer la lumière appendiculaire entraînant ainsi une surinfection généralement à colibacille. Cette obstruction de la lumière appendiculaire peut être due également à des corps étrangers ou des parasites ; mais aussi à l'hypertrophie de la paroi appendiculaire lors de certains phénomènes inflammatoires. L'obstruction de la lumière appendiculaire associée à une persistance de la sécrétion de la muqueuse entraîne une augmentation de la pression intraluminaire laquelle en présence de la surinfection favorise :

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

2-3- ANATOMIE PATHOLOGIE [14, 64, 70]

On décrit des lésions de gravité croissante :

- L'appendicite catarrhale : l'appendice est hyperhémie avec un méso œdématisé, des infiltrats de polynucléaires et des ulcérations de petite taille.
- L'appendicite phlegmoneuse : correspond à l'abcédation d'un ou de plusieurs follicules qui peut s'étendre à toute la paroi appendiculaire. L'appendice est turgescant, le méso épaissi, véritable abcès appendiculaire réalisant quelquefois un aspect en battant de cloche. Il existe des infiltrats leucocytaires de la paroi, la lumière est remplie de pus. La réaction péritonéale est intense elle est de type séropurulent.
- L'appendicite gangreneuse : l'œdème entraîne une thrombose vasculaire. L'appendice est verdâtre avec des plages de sphacèles noirâtres. Il y'a une nécrose appendiculaire localisée conduisant à la diffusion de l'infection ou à la perforation. La réaction péritonéale est sous forme d'exsudats louche malodorant résultat du développement de germes anaérobies.
- Péritonites appendiculaires surviennent après perforation de l'appendice, elles peuvent être généralisées ou localisées.

2-4- ETIOLOGIE [23, 68, 70, 72]

L'appendicite peut survenir par :

2-4-1-Voie hématogène : la porte d'entrée étant située à distance les germes atteignent l'appendice par le courant sanguin,

2-4-2-contiguïté : L'atteinte appendiculaire se fait à partir d'un foyer infectieux de voisinage le plus souvent gynécologique ou sigmoïdien.

2-4-3-A partir de la lumière appendiculaire : c'est le mécanisme le plus fréquent les germes responsables de l'infection étant ceux qui se trouvent dans la lumière colique.

2-4-4- ETUDE BACTERIOLOGIQUE ET PARASITOLOGIQUE :

L'examen bactériologique effectué sur des pièces opératoires montre le plus souvent une flore bactérienne polymorphe .Cependant le colibacille est presque toujours présent, on peut également trouver des streptocoques, des staphylocoques, des protéus, ainsi que des germes anaérobies tels que le clostridium perfringens et le bacillus fundiliformis.

Parfois on retrouve des parasites comme le Schistosome ou l'oxyure

2-5- CLINIQUE [23, 46, 72]

2-5-1-Type de description : forme typique d'un sujet de 30 ans.

La crise appendiculaire sur appendice situé dans la FID réalise un tableau douloureux fébrile de la fosse iliaque droite.

2-5-1-1-Signes fonctionnels :

-La douleur :

C'est le principal signe de l'affection. Son début est rapidement progressif, rarement brutal. Il s'agit d'une douleur siégeant habituellement dans la fosse iliaque droite ; très souvent la douleur débute au niveau de l'épigastre ou au niveau de l'ombilic (douleurs liées à la distension de l'organe) ; elle se localise secondairement dans la fosse iliaque (irritation péritonéale).

Son intensité est modérée mais continue et lancinante.

A cette douleur s'associe un état nauséux parfois des vomissements. La classique constipation n'a aucun intérêt diagnostique.

Des troubles urinaires peuvent être retrouvés à type de dysurie ou de rétention d'urine

2-5-1-2-Signes généraux :

-L'état général est conservé,

-Le faciès est normal dans la forme franche aigue,

La langue est chargée (saburrale) .

-La température est discrètement élevée : 37,5-38°C rarement supérieure à 38,5°C,

-Le pouls est parfois modérément accéléré,

-la tension artérielle est normale

2-5-1-3-Signes physiques :

A l'examen la palpation de la fosse iliaque droite retrouve une zone douloureuse dans la

région du point de MAC BURNEY qui siège à l'union du tiers externe et des deux tiers internes d'une ligne tracée de l'épine iliaque antérosupérieure à l'ombilic.

Tout peut se voir de la simple douleur provoquée à la défense pariétale des muscles de la fosse iliaque droite secondaire à l'irritation de la séreuse péritonéale par l'inflammation appendiculaire. L'absence de défense doit conduire à mettre en doute le diagnostic d'appendicite en position latérocaecale(position normale) mais n'élimine pas pour autant une appendicite en position pelvienne ou retrocaecale.

La douleur de la fosse iliaque droite peut apparaître par décompression brutale de cette même région : signe de BLUM BERG en faveur du diagnostic dans 50% des cas. La douleur de la fosse iliaque droite peut apparaître également par compression de la fosse iliaque gauche : signe de ROVSING sa valeur diagnostique reste discutée.

Douleur provoquée aux touchers pelviens :

Les touchers pelviens doivent être réalisés systématiquement. Ils déclenchent souvent une douleur à droite dans le cul de sac de DOUGLAS.

2-6- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

2-6-1-Numération formule sanguine (NFS) : elle montre souvent une hyperleucocytose supérieure à 10000/mm³ globules blancs avec polynucléose [15, 26]

2-6-2-Echographie abdominale : l'échographie abdomino-pelvienne peut aider au diagnostic dans les cas douteux.

La sémiologie échographique de l'appendice a été bien précisée en différenciant des critères [82].

-Critères majeurs :

- .diamètre appendiculaire supérieur ou égal à 8mm,
- .image en cocarde à cinq couches à la coupe,
- .abcès appendiculaire,
- .stercolithe appendiculaire.

-Critères mineurs :

- .aspect en couche en coupe longitudinale,
- .existence d'un liquide intraluminaire,
- .épanchement périappendiculaire.

2-6-3-L'abdomen sans préparation (ASP)

Peut montrer un iléus paralytique ou des niveaux hydroaériques dans la fosse iliaque droite. L'appendicite est également suspectée devant une grisaille, un stercolithe radio opaque dans la fosse iliaque droite [9, 15].

2-6-4-Le scanner abdominopelvien :

La tomodensitométrie est utile dans les diagnostics douteux et difficile.

2-6-5-Lavement baryté et radiographie pulmonaire :

Ces deux examens sont demandés surtout pour faire un diagnostic différentiel.

Les autres examens complémentaires demandés rentrent dans le cadre du bilan préopératoire.

2-7- COMPLICATIONS - EVOLUTIONS [23, 46, 54]

L'appendicite peut évoluer plus ou moins rapidement de la forme catarrhale à la péritonite en 24-72 heures. C'est une urgence chirurgicale. L'abcès, le plastron et la péritonite appendiculaire sont des complications de l'appendicite catarrhale.

2-7-1-Péritonite purulente d'emblée généralisée [23, 54]

Une péritonite purulente généralisée d'emblée peut inaugurer le tableau clinique : péritonite en un temps elle correspond à une perforation appendiculaire en péritoine libre. La douleur est vive de début, brutal d'abord iliaque droite puis rapidement généralisée. Les signes infectieux sont sévères ; avec parfois des vomissements et des diarrhées.

L'examen physique met en évidence :

- un faciès septique,
- une température généralement supérieure à 38°5,
- un pouls faible et fuyant,
- une défense généralisée voire contracture abdominale prédominant dans la fosse iliaque droite. Les touchers pelviens retrouvent une douleur au niveau du cul de sac de DOUGLAS.

Sur le plan biologique on retrouve une hyperleucocytose.

L'ASP montre très souvent un iléus réflexe, des niveaux hydroaériques diffus.

La péritonite putride par perforation d'un appendice gangréneux est une forme particulièrement d'emblée généralisée.

2-7-2-Péritonites secondairement généralisées [23, 46, 54]

Le tableau clinique est dans la forme précédente mais ce tableau survient après la phase d'accalmie d'une crise appendiculaire plus ou moins typique qui a régressée : c'est l'accalmie traîtresse de Dieulafoy. Il y'a formation d'un abcès appendiculaire qui peut se rompre secondairement dans la cavité péritonéale : péritonite en deux temps.

Parfois il y'a formation d'une collection purulente autour de l'appendice qui sera cloisonnée et isolée de la fosse droite par l'épiploon et les anses intestinales donnant la sensation d'une tuméfaction douloureuse mal limitée avec un blindage doublant la paroi : c'est le PLASTRON appendiculaire. Les signes cliniques sont très marqués : douleur très vive, une température à 39°C, une tachycardie, souvent arrêt de matières et de gaz. Il existe une hyperleucocytose, l'échographie peut aider au diagnostic en montrant une agglutination des anses intestinales dans la fosse iliaque droite ou une image liquidienne d'abcès. Cette tuméfaction peut se ramollir ultérieurement et l'abcès peut se rompre dans la grande cavité péritonéale : c'est la péritonite en trois temps.

2-7-3-Formes avec abcès a distance :

Ce sont essentiellement des appendicites qui s'accompagnent d'abcès hépatiques. Il s'agit

d'appendicites négligées ou qui ont été refroidies par des antibiotiques [23].

2-8- AUTRES FORMES CLINIQUES

2-8-1-Selon la localisation [23, 68] :

2-8-1-1-Appendicite pelvienne :

La position de l'appendice dans le petit bassin (plus fréquent chez la femme) va imprimer à l'évolution des caractères particuliers et soulever des problèmes diagnostics difficiles : la douleur est le souvent brutale, basse siégeant dans la région hypogastrique, elle s'accompagne de nausées, de fièvre avec une température supérieure à 38°C, les signes pelviens sont marqués :

-troubles urinaires : dysurie, pollakiurie, parfois véritable rétention d'urine.

-Des signes rectaux : ténesmes, diarrhées

La fosse iliaque droite est indolore, la douleur provoquée à la palpation est médiane et hypogastrique

Les touchers pelviens réveillent une douleur latérectale droite

Sur le plan biologique on retrouve une hyperleucocytose

L'échographie et le scanner abdominal sont d'un apport précieux pour le diagnostic

2-8-1-2-Appendicite rétrocoecale

La position de l'appendice au contact du psoas explique la a symptomatologie : les douleurs sont franchement postérieures parfois lombaires avec un psoitis : le malade se présente en flexion antalgique de la cuisse, l'extension de la hanche entraîne une exacerbation de la douleur.

L'examen de la fosse iliaque droite retrouve peu de signes, les lésions sont séparées de la main qui palpe par un cæcum distendu. Dans ces formes en particulier les signes discrets peuvent correspondre à des lésions importantes

L'examen retrouve une douleur au contact de la crête iliaque droite, le malade étant incliné sur le coté gauche. Cette forme pose un problème de diagnostic différentiel avec une infection urinaire ou une colique néphrétique, L'UIV d'urgence peut trancher.

2-8-1-3-L'appendicite mésocoeliale

L'appendicite en position centrale dans l'abdomen. A l'examen les signes sont péri-ombilicaux. L'agglutination des anses grêles autour du foyer infectieux appendiculaire peut entraîner une occlusion fébrile

Le diagnostic se fait le plus souvent en peropératoire

2-8-1-4-L'appendicite sous hépatique :

L'appendicite sous hépatique simule la cholécystite aigue

L'échographie qui retrouve des voies biliaires normales sans calcul fera suspecter le diagnostic et poser l'indication opératoire

2-8-1-5-L'appendicite dans la FIG :

Elle survient en cas de mésentère commun et en cas de situs inversus (le sigmoïde à droite et le cæcum à gauche). A la palpation les signes cliniques sont retrouvés à gauche. L'échographie abdominale et l'ASP aident à poser le diagnostic.

2-8-1-6-L'appendicite intra herniaire (hernie de Littré) :

Dans cette forme rare l'appendice inflammatoire se situe dans le sac herniaire, elle simule une hernie étranglée.

2-8-2-Selon le terrain [23, 68, 72] :

2-8-2-1-Appendicite du nourrisson

L'appendicite du nourrisson est exceptionnelle. Elle est caractérisée par sa gravité (50% de mortalité avant l'âge de 6 mois) et surtout l'absence de défense ou de contracture liée à la rapidité d'évolution et au retard diagnostique. On retrouve une gastro-entérite fébrile avec une température atteignant souvent 39°C et des troubles hydroélectrolytiques.

2-8-2-2-Appendicite de l'enfant :

Chez l'enfant la crise appendiculaire est plus au moins typique, la fièvre peut être élevée entre 39 et 40°C ou au contraire absente. La diarrhée est fréquente, le tableau peut ressembler à une indigestion avec des vomissements ou une pneumonie. La douleur peut siéger dans la fosse iliaque droite mais aussi à l'épigastre, elle est parfois péri ombilicale intense ou discrète

L'examen clinique est pauvre et l'évolution se fait rapidement vers des complications péritonéales. Cette rapidité empêche souvent la formation du plastron. Il peut y avoir une brève période d'accalmie avant l'apparition d'une péritonite généralisée : c'est l'accalmie traîtresse de DIEULAFOY. Le polymorphisme des symptômes et la difficulté de l'examen physique rendent les examens complémentaires nécessaires en particulier l'échographie, la radiographie pulmonaire, L'ASP

2-8-2-3-Appendicite toxique de Dieulafoy

Elle est caractérisée par des troubles de l'état général très prononcés, la prostration, le faciès altéré, le pouls accéléré, un syndrome hémorragique. Ce tableau contraste avec la pauvreté des signes physiques ; la fièvre peut être absente ou élevée et la diarrhée remplace parfois la constipation, cette forme se voit chez l'enfant [23].

2-8-2-4-Appendicite du vieillard

L'appendicite du vieillard reste une affection grave. La mortalité est de 10% en rapport avec la le terrain. La fréquence d'autres pathologies associées à cet âge confère à l'affection une complexité toute particulière. Le retard diagnostique est lié au caractère sournois de l'évolution : simple endolorissement iliaque droit, constipation. La température et la leucocytose sont souvent normales. L'examen est pauvre ; L'évolution aboutit à un syndrome pseudo tumoral ou à une occlusion fébrile

2-8-2-5-Appendicite de la femme enceinte

Pendant le premier trimestre, la difficulté du diagnostic vient du fait que les vomissements peuvent être pris comme d'origine gravidique. Les signes de la palpation ne sont pas en général perturbés ; pendant le troisième trimestre la difficulté vient du fait que les signes de la palpation sont modifiés par la présence de l'utérus gravide, la douleur est haute située et la défense moins nette

L'échographie semble dans ce cas utile au diagnostic

2-9- DIAGNOSTIC POSITIF [23, 68]

Le diagnostic positif de l'appendicite est clinique et / ou paraclinique. Une douleur de la FID associée à un état nauséux ou des vomissements, une fébricule. A l'examen physique une douleur voir une défense dans la FID sont en faveur de l'appendicite. Les examens complémentaires sont demandés dans les cas douteux. Le diagnostic d'appendicite impose l'appendicectomie en urgence et un examen histologique de la pièce opératoire

2-10- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL [23, 46, 68, 72]

L'appendicite peut simuler une multitude d'affection médicochirurgicale. Il s'agit :

2-10-1-Les affections médicales

- paludisme
- atteinte pulmonaire ou pleurale de la base droite
- hépatite à la phase pré-ictérique
- affection urinaires : pyélite, colique néphrétique, cystite
- adénolymphite mésentérique
- affections rhino-pharyngées
- maladies éruptives
- parasitoses : ascaridoses, oxyurose

2-10-2-les affections gynécologiques : salpingites, GEU, kystes ovariens douleur d'ovulation, endométriose, torsion de kyste.

2-10-3- Les affections chirurgicales

- cholécystite aiguë
- perforation d'un ulcère gastroduodénal
- diverticulite perforé du colon droit
- sigmoïdite
- maladie de Crohn
- péritonite par perforation typhique
- cancer du cæcum chez le vieillard

2-11- TRAITEMENT

2-11-1-But

Le but du traitement est l'exérèse de l'appendice pour éviter l'évolution vers les formes graves et compliquées.

2-11-2-Moyens - Méthodes

-Moyens : médicaux et chirurgicaux

-Méthodes médicales : Antalgiques, en postopératoire et dans les cas d'abcès et de plastron appendiculaire ; antibiothérapie dans les cas d'infection généralisées, d'abcès et de plastrons appendiculaires.

-Méthodes chirurgicales : l'intervention a lieu sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie. La voie d'abord peut se faire à ciel ouvert (incision de MAC BURNEY, pararectale, Bikini, Roux, médiane), ou par endoscopie.

2-11-3-Techniques [23, 46, 68, 65] :

-Appendicite aigue non compliquée : l'appendicectomie s'effectue classiquement par incision au point de MAC BURNEY dans la fosse iliaque droite, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes d'une ligne joignant l'épine iliaque antérosupérieure à l'ombilic, sur 3 à 4 cm, mais doit être agrandie en cas de nécessité. A l'ouverture du péritoine on prélève éventuellement du liquide pour analyse bactériologique. Une fois abordée le méso de l'appendice est lié et sectionné à sa base. Le moignon appendiculaire est bien désinfecté ou cautérisé. Certains auteurs pratiquent l'enfouissement systématiquement du moignon appendiculaire. Ils soutiennent que cette pratique isole le moignon septique de la cavité péritonéale, diminue ainsi le risque infectieux et celui des brides. D'autres au contraire condamnent cette pratique. Pour eux la nécrose du moignon se faisant en vase clos entraînerait la pullulation des germes qui favorise la perforation du bas fond cæcal. L'intervention comporte un certain nombre de gestes qui sont d'autant plus nécessaires que l'appendice est peu remanié :

- vérification des organes génitaux annexes chez la femme,
- vérification de la dernière anse grêle (à la recherche de la maladie de CROHN),
- déroutement des 70 derniers centimètres du grêle à la recherche d'un diverticule de MECKEL,
- vérification du mésentère à la recherche d'une adénolymphite,
- la pièce opératoire doit toujours être adressée au laboratoire d'anatomie pathologie pour examen histologique. Les suites opératoires sont habituellement simples : lever le lendemain, reprise de l'alimentation progressivement à 24 heures, sortie entre le 3^{ème} et 5^{ème} jour. Le premier pansement se fera au 5^{ème} jour et l'ablation des fils au 8^{ème} jour postopératoire.

-Abscess appendiculaire

En cas d'abcès appendiculaire il faut pratiquer une évacuation drainage de la collection par voie iliaque droite associée à une antibiothérapie. La recherche de l'appendice peut être difficile voire impossible, il ne faut pas vouloir l'enlever à tout prix dans le même temps opératoire au risque de provoquer un traumatisme intestinal. L'appendicectomie sera réalisée plus tard environ 6 mois après.

-Plastron appendiculaire

Son traitement peut se faire médicalement par

- perfusion de solutés physiologiques, diète totale, vessie de glace ,antalgiques, antibiothérapie.

Si les troubles disparaissent totalement l'appendicectomie sera réalisée 3 à 6 mois plus tard, mais s'ils persistent il faut faire un drainage des collections péri-appendiculaires et une antibiothérapie. L'appendicectomie dans l'immédiat est difficile et dangereuse avec risque de fistule digestive.

-Péritonite généralisée :

Les lésions imposent en règle générale une voie d'abord large, le plus souvent une

laparotomie médiane. L'intervention comporte toujours une toilette péritonéale soignée et complète avec prélèvement de pus pour antibiogramme, l'éradication du foyer infectant : appendicectomie. Un drainage large de la fosse iliaque droite et du cul de sac de Douglas est nécessaire. Cette intervention sera complétée par des mesures de réanimation pré-per-postopératoire jusqu'à la reprise du transit.

Coeliochirurgie.

L'intervention est faite habituellement sous anesthésie générale. Elle consiste d'abord à réaliser un pneumopéritoine par injection sous pression du CO₂ à l'aide d'un trocart à extrémité mousse, permettant de faciliter l'exploration. L'optique est introduite par un trocart au niveau de l'ombilic, l'hémostase du méso appendiculaire est faite par coagulation ou par ligature.

La ligature et la section de la base de l'appendice peuvent être faites en intra-péritonéale ou extra-péritonéale, évacuation soignée du CO₂ pour diminuer les douleurs postopératoires, fermeture de l'orifice des trocarts.

Selon des auteurs [28, 23, 27,40,66] on retrouve ses avantages chez la jeune femme : elle permet une exploration de la sphère gynécologique afin d'éviter un certain nombre d'appendicectomie abusive.

Chez l'obèse où elle évite une voie chirurgicale nécessairement large avec risque d'éventration .

Elle est d'ordre esthétique et réduit les infection pariétales.

Dans les cas de variation topographique de l'appendice.

En cas de péritonite généralisée elle permet de faire un toilettage péritonéal complet.

Elle réduit la formation d'adhérences donc le risque d'occlusion sur bride.

Ces inconvénients sont les troubles circulatoires, notamment l'embolie gazeuse, l'hypothermie peropératoire, l'hypercapnie qui peuvent être évités ou contrôlés par une technique rigoureuse [29, 31].

Figure 3 à 12 : Différents temps de l'appendicectomie [5]

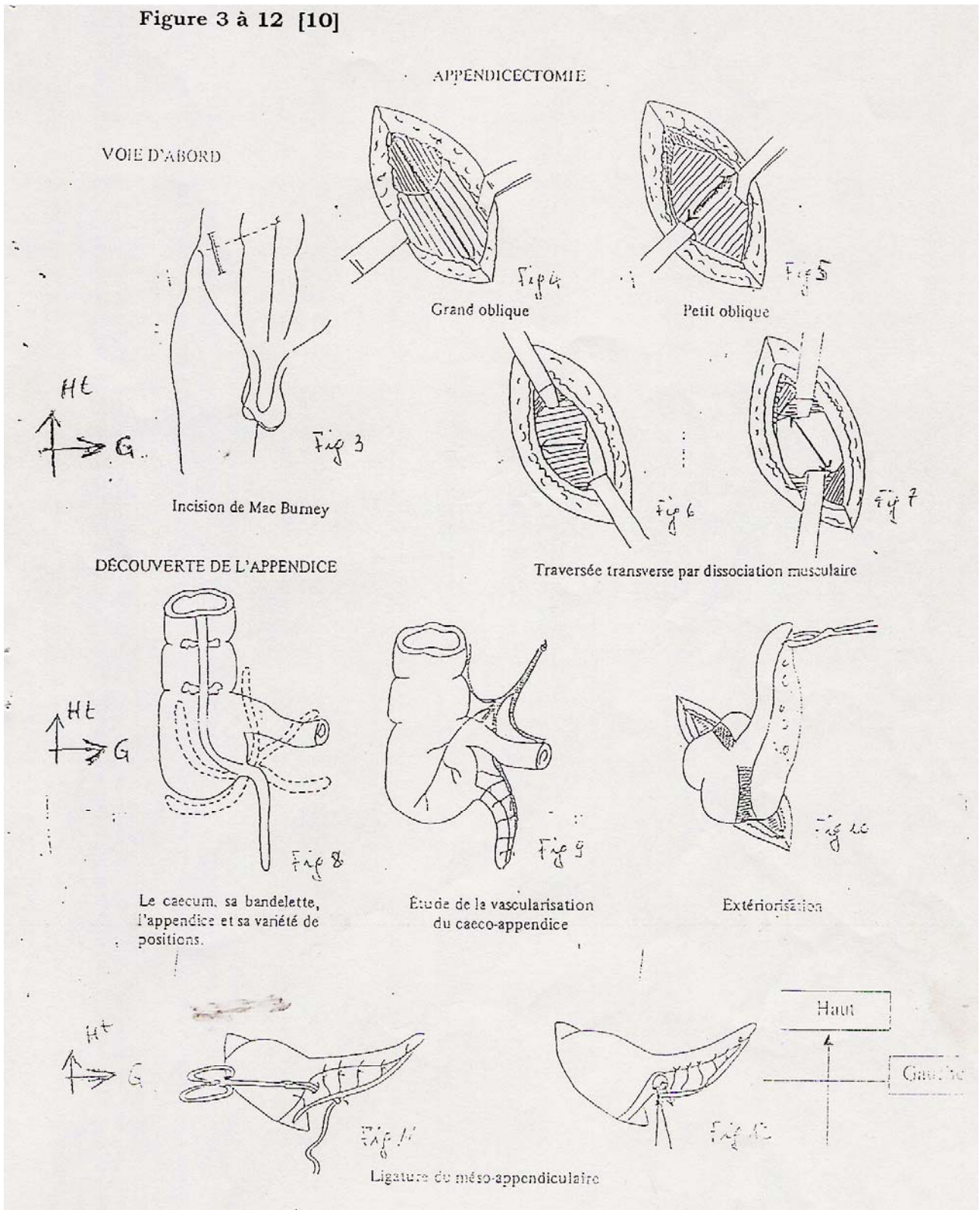


Figure 13 à 24 : Différents temps de l'appendicectomie (suite) [10]

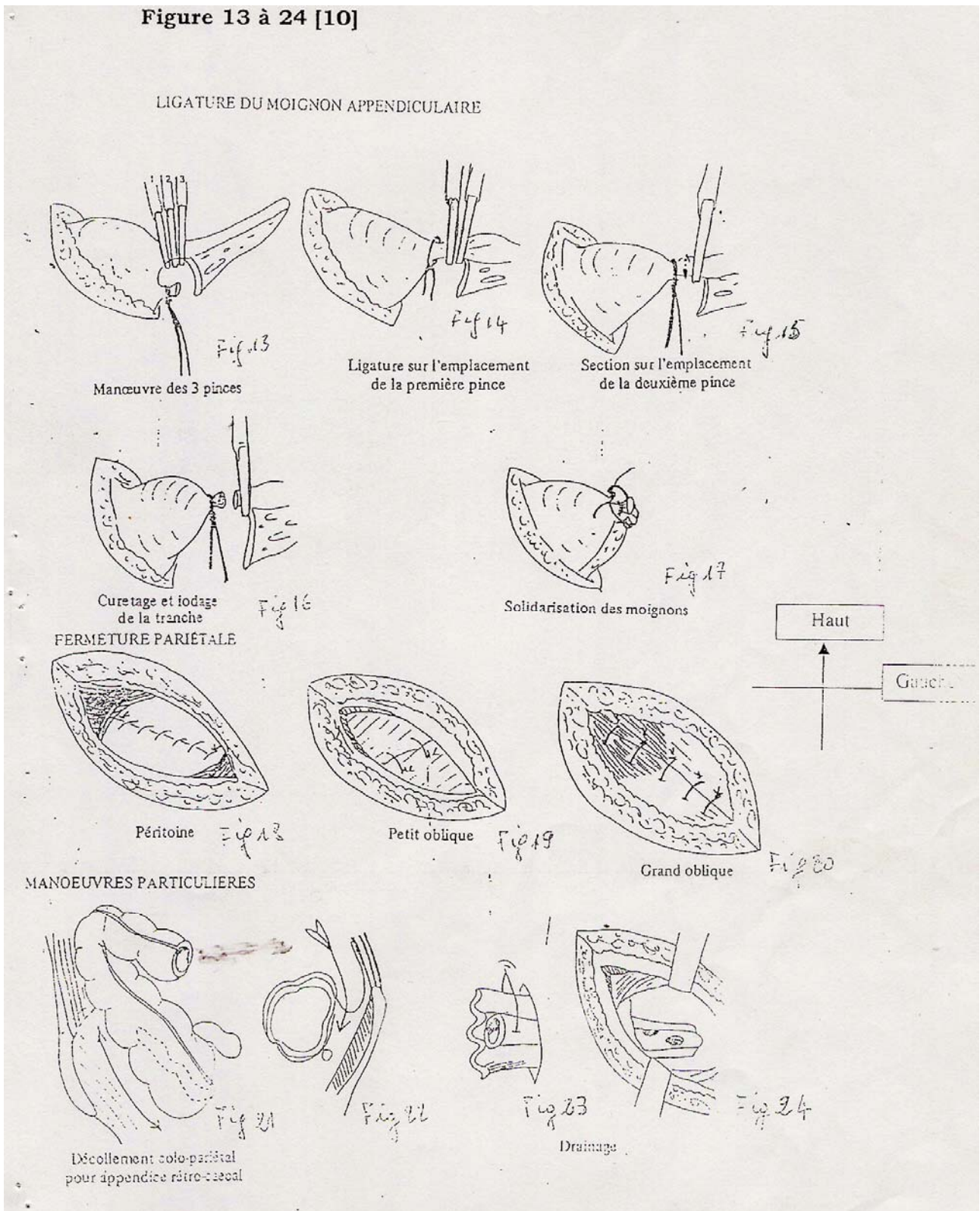
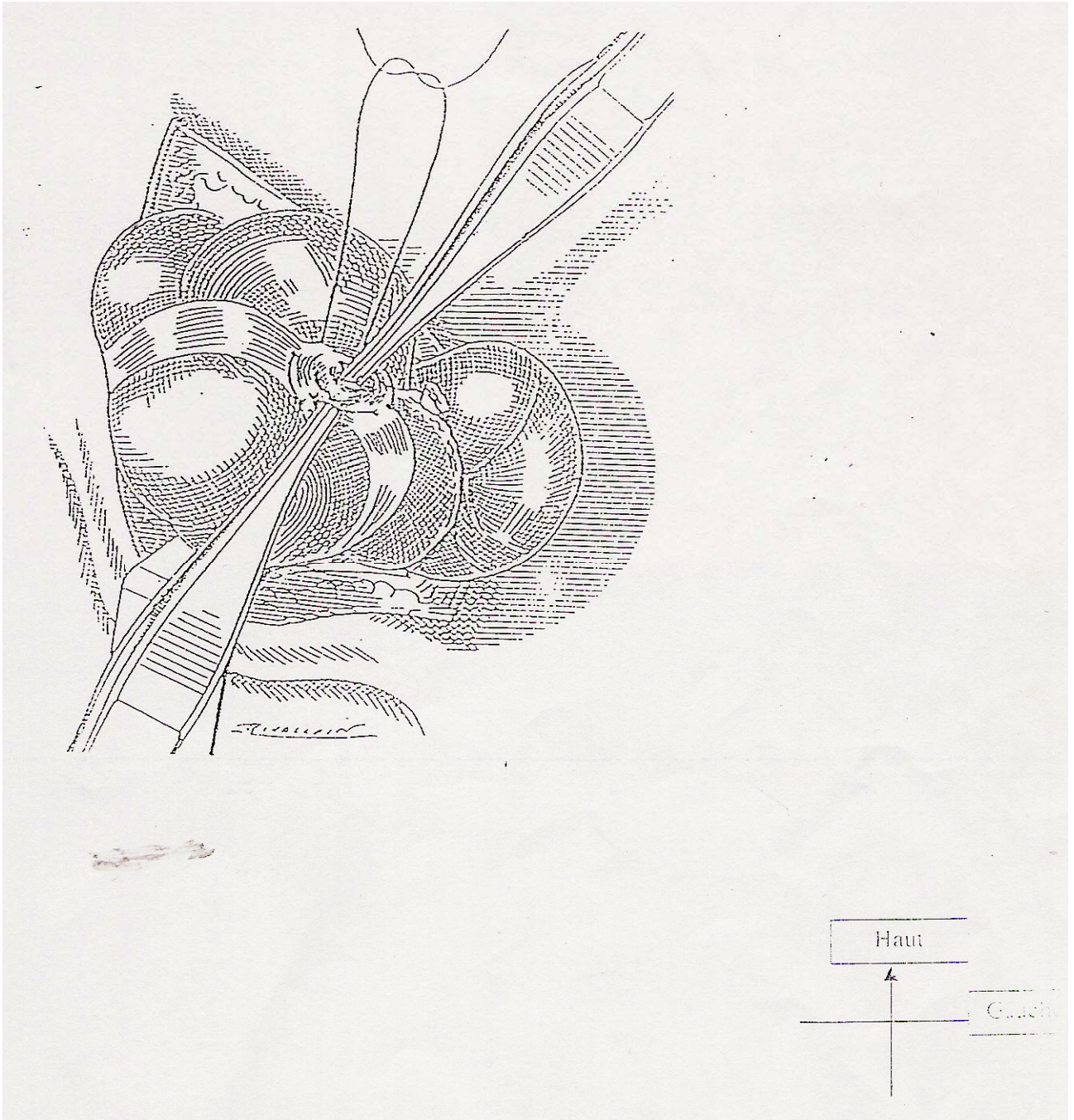


Figure 25 :le fil au ras du moignon est saisi par une pince qui enfonce le moignon dans le centre de la bourse dont le fil est noué. Une autre pince à l'opposé de ce nœud aide à l'enfouissement[2]



2-12- RESULTATS ET PRONOSTICS

2-12-1-Complications postopératoires [4, 23, 34, 70] :

-Absès de la paroi : il est fréquent, une asepsie rigoureuse permet de diminuer considérablement sa fréquence

-Absès du cul-de-sac de Douglas : il s'annonce vers le 8 et 10 jours avec des troubles du transit, le TR retrouve un bombement du Douglas. Un drainage chirurgical s'impose pour éviter une fistulisation spontanée ou une rupture dans la cavité péritonéale

-Syndrome du 5^{ème} jour : après des suites opératoires simples, on assiste au 5^{ème} jour à une réascention de la courbe thermique, une douleur abdominale associée à des signes subocclusifs. L'ASP peut montrer des niveaux hydroaériques dans la fosse iliaque droite. Ce tableau correspond à un foyer minime résiduel au niveau du moignon appendiculaire. Il peut guérir spontanément ou nécessiter parfois une ré-intervention

-Péritonites postopératoires

Elle surviennent le plus souvent par suite de lâchage du moignon appendiculaire, une nécrose de la paroi cœcale fragilisée, une toilette péritonéale insuffisante. Ces péritonites sont localisées ou généralisées, leur diagnostic est difficile dans un contexte postopératoire. Elles exposent à une septicémie, un choc toxi-infectieux et à l'insuffisance rénale aigue. Une ré-intervention en urgence s'impose

-Occlusions postopératoires

Les occlusions postopératoires peuvent être dues à un foyer infectieux résiduel : il s'agit le plus souvent d'un iléus prolongé (agglutination d'anses) qui disparaît sous traitement médical sinon l'intervention est nécessaire de crainte de laisser évoluer une occlusion mécanique. Les occlusions sur bride peuvent survenir plusieurs années après l'appendicectomie.

- Les fistules cœcales, l'hémopéritoine et les complications thrombo-emboliques sont rares

- les éventrations

Ce sont des séquelles pariétales postopératoires qui s'observent surtout chez les patients obèses. Leur réparation est chirurgicale

-Mortalité postopératoire : La mortalité postopératoire est faible lorsque l'appendicectomie est faite de façon précoce [4, 34].



METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

3-1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée de février 2005 à janvier 2006.

3-2- Cadre de l'étude

Notre étude a été réalisée à l'hôpital de Sikasso et dans le service de chirurgie.

Structure créée vers les années 1930, elle était composée de deux bâtiments et s'appelait << assistance médicale indigène >> (AMI). Ceux-ci correspondent à l'actuel laboratoire la pharmacie et à la maternité . Elle fut transformée ensuite en << assistance médicale Africaine >> (AMA) avec la construction du bâtiment correspondant à l'ancien bloc administratif puis des pavillons de la médecine I et II.

Elle devient << assistance médicale >> en 1960 après l'indépendance, l'hôpital secondaire en 1962 et l'hôpital régional en 1972. La dernière construction de bâtiment remonte en 1991 par la création du pavillon dénommé << nouveau pavillon >> qui donne la morphologie actuelle de l'hôpital de Sikasso, modifiée par les constructions en 2002 de bâtiments pour la CAN 2002.

L'hôpital couvre une superficie d'environ quatre hectares, véritable carrefour situé en plein cœur de la ville de Sikasso et limité:

Au nord ouest par le dispensaire du service socio-sanitaire du cercle de Sikasso, le commissariat de police du premier arrondissement et l'institut de formation professionnelle (IFP).

Au sud par le grand marché.

Au sud ouest par le centre social et la mission catholique

A l'est par le groupe scolaire A, B, la banque nationale de développement agricole (BNDA), la SOTELMA et la poste.

Il s'agit d'un hôpital pavillonnaire dont la plupart des infrastructures sont constituées de bâtiments coloniaux, dispersée à l'intérieur d'une grande cour.

L'hôpital compte 134 agents y compris les coopérants (Chinois :10 ; Cubains :4) repartis dans les différentes unités.

3-3- Matériel

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée de février 2005 à janvier 2006, portant sur des patients souffrant d'une appendicite aiguë.

3-3-1- Critères d'inclusion

Sont inclus dans cette étude :

- Les patients présentant une appendicite aiguë opérés sans examens anatomopathologiques,
- Les patients présentant un plastron appendiculaire,
- Les patients présentant un abcès appendiculaire.

3-3-2- Critères de non inclusion

Sont exclus dans cette étude :

- les cas d'appendicite en dehors de l'hôpital régional de Sikasso.

3-4- Méthode

Pour mener cette étude, nous avons analysé chaque dossier en tenant compte des données administratives, cliniques, paracliniques et l'évolution au cours des hospitalisations et même après la sortie du patient de l'hôpital.

Pour cela nous avons établi une fiche d'enquête sous forme de questionnaire.

3-5- Supports

Une fiche d'enquête sous forme de questionnaire est établie pour chaque malade :

- Phase de confection de la fiche d'enquête avec pré test
- Phase de collecte des données ;
- Phase de saisie des données et analyse des données statistiques sur Epi-info.

3-6-Tests statistiques

Les tests statistiques étaient celui de Khi2

Le seuil de significativité a été fixé à 5%



RESULTATS

IV- RESULTATS

Tableau 1: Fréquence des abdomens aigus chirurgicaux

Abdomen	Nombre	Fréquence
Appendicites	108	29,5
Perforations digestives non appendiculaires	116	31,7
Hernies étranglées	88	24
Occlusions intestinales	54	14,8
Total	366	100

Tableau 2: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge(ans)	Effectif	Pourcentage
0-10	2	1,8
11-20	22	20,4
21-30	40	37
31-40	18	16,7
41-50	14	13
51-60	5	4,6
61 et plus	7	6,5
Total	108	100

La tranche d'âge comprise entre 21-30 est la plus représentée soit 37%.

L'âge moyen était de 31,36ans \pm 15,09 ans avec des extrêmes allant de 3 à 85 ans.

Tableau 3 : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	74	68,5
Féminin	34	31,5
Total	108	100

Le sexe-ratio est de 2,2 en faveur du sexe masculin.

Tableau 4 : Répartition des patients selon la principale activité

Principale activité	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	9	8,3
Commerçant	11	10,2
Cultivateur	28	25,9
Ouvrier	11	10,2
Manœuvre	2	1,9
Ménagère	26	24
Elève	16	14,9
Chauffeur	4	3,7
Autres	1	0,9
Total	108	100

Autres : enfant=1

Tableau 5 : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	26	24,1
Senoufo	41	38
Sarakolé	2	1,9
Peulh	15	13,9
Sonrai	3	2,8
Bobo	2	1,9
Dogon	1	0,9
Minianka	9	8,3
Malinké	4	3,7
Bozo	1	0,9
Dafing	1	0,9
Autres	3	2,8
Total	108	100

Autres : adja=1, français=1, yoroba=1

Tableau 6 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Mariée	71	65,7
Célibataire	35	32,4
Veuve	2	1,9
Total	108	100

Tableau 7 : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Cercle de Sikasso	102	94,4
Koutiala	1	0,9
Kadiolo	3	2,8
Autres	2	1,91
Total	108	100

Les deux autres patients sont venu de la République de Côte D'ivoire(RCI)

Autres : Bouaké=1, Korogho=1

Tableau 8 : Répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Maliennne	107	99,1
Française	1	0,9
Total	108	100

Tableau 9 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Illettré	55	50,9
Primaire	17	15,7
Secondaire	21	19,4
Supérieur	6	5,6
Coranique	8	7,4
Indéterminé	1	0,9
Total	108	100

Tableau 10 : Répartition des patients selon le mode de recrutement ou d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Urgence	104	96,3
Consultation normale	4	3,7

Les 104 patients ont été admis en consultation aux blocs des urgences

Les 4 autres ont été admis en consultation normale, mais ont été pris en charge en urgence.

Tableau 11 : Répartition des patients selon le facteur déclenchant

Facteur déclenchant	Effectif	Pourcentage
Spontané	102	94,4
Provoqué par les mouvements	6	5,6
Total	108	100

Tableau 12 : Répartition des patients selon le mode de début de la douleur

Mode de début de la douleur	Effectif	Pourcentage
Progressif	73	67,6
Brutal	35	32,4
Total	108	100

Tableau 13 : Répartition des patients selon le siège de la douleur

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage
FID	92	85,2
Epigastre	1	0,9
Sous costal Droit	3	2,8
Périombilical	6	5,6
Pelvien	1	0,9
Diffus	5	4,6
Total	108	100

Tableau 14 : Répartition des patients selon le type de douleur

Type de douleur	Effectif	Pourcentage
Brûlure	16	14,8
Piqûre	70	64,8
Torsion	17	15,7
Pesanteur	2	1,9
Indéterminé	3	2,8
Total	108	100

Tableau 15 : Répartition des patients selon les facteurs aggravants

Facteur aggravant	Effectif	Pourcentage
Aucun	56	51,9
Mouvements	38	35,2
Indéterminé	14	12,9
Total	108	100

Tableau 16 : Répartition des patients selon les facteurs améliorants

Facteurs améliorants	Effectif	Pourcentage
Repos	8	7,4
Antalgiques	58	53,7
Vessie de glace	4	3,7
Aucun	29	26,9
Indéterminé	9	8,3
Total	108	100

NB : antalgiques : Métamizole (Novalgin) 1 à 3 comprimés par jour ou 1 à 3 ampoules par jour ou le Diantalvic 1 à 3 gélules par jour

Tableau 17 : Répartition des patients selon la périodicité de la douleur

Périodicité de la douleur	Effectif	Pourcentage
Intermittente	16	14,8
Permanente	90	83,3
Indéterminé	2	1,9
Total	108	100

Tableau 18 : Répartition des patients selon la durée d'évolution avant l'opération

Durée d'évolution avant opération (jours)	Effectif	Pourcentage
0-10	73	67,6
11-20	14	13
21-30	9	8,3
>30	10	9,2
Indéterminé	2	1,9
Total	108	100

La durée moyenne d'évolution est de 7,13jours \pm 13,33 avec des extrêmes allant de 1 à 99 jours

Tableau 19 : Répartition des patients selon les autres signes fonctionnels

Autres signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Fièvre	56	51,9
Vomissement	66	61,9
Nausée	19	17,6
Constipation	43	39,8
Diarrhée	2	1,9
Troubles urinaires	28	25,9
Arrêt de matières et de gaz	2	1,9
Ballonnement	8	7,4

Tableau 20 : Répartition des patients selon la température

Température	Effectif	Pourcentage
Basse	1	0,9
Normale	51	47,2
Fébricule	46	42,2
Elevée	10	9,3
Total	108	100

NB : nous avons défini comme température normale= 37°5 C le matin et 37°8 le soir

Tableau 21 : Répartition des patients selon le pouls

Pouls	Effectif	Pourcentage
Bradycardie	2	1,9
Normal	63	58,3
Tachycardie	42	38,9
Indéterminé	1	0,9
Total	108	100

NB : nous avons considéré comme bradycardie toute fréquence cardiaque <60 battements par minute, une tachycardie toute fréquence >100 battements par minute.

Tableau 22 : Répartition des patients selon les antécédents personnels

Antécédents personnels	Effectif	Pourcentage
HTA	8	7,4
Diabète	1	0,9
Drépanocytose	3	2,8
Bilharziose	16	14,8
Laparotomie	2	1,9
Inguinotomie	3	2,8
Autres	6	5,6
Aucun	60	55,6
Indéterminé	9	8,3
Total	108	100

Autres : Gastrite=1 ; Fièvre Typhoïde=1 ; Hémorroïde=1; Pneumonie=1

Paludisme+Anémie=1 ; Périnéorraphie=1

Tableau 23 : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Langue saburrale	53	41,1
Psoitisme	10	9,2
Défense dans la FID	87	80,6
Douleur dans la FID	102	94,4
Signe de Blumberg	65	60,2
Signe de Rovsing	59	54,6
Gargouillement dans la FID	12	11,1
Contracture abdominale	21	19,4
Masse dans la FID	5	4,6
Douleur à droite dans le cul de sac de Douglas aux touchers pelviens	90	83,3

Tableau 24 : Répartition des patients selon la nature des examens complémentaires

Nature des examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
NFS-VS	13	12
Echographie abdominale	46	42,6
ASP	2	1,9

-la NFS-VS a révélé une hyperleucocytose chez les 12% des patients bénéficiaires

-l'échographie abdominale a révélé une atteinte appendiculaire chez les 100% des patients

bénéficiaires

-l'ASP a montré des niveaux hydroaériques chez un patient sur deux bénéficiaires

Tableau 25 : Répartition des patients selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic préopératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicite aigue	93	86
Péritonite appendiculaire	6	5,6
Plastron appendiculaire	5	4,6
Abcès appendiculaire	4	3,8
Total	108	100

Tableau 26 : Répartition des patients selon la nature du traitement médical avant de poser le diagnostic

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Antalgique	50	46,3
Antalgique + antibiotique	35	32,4
Antalgique + antibiotique + vessie de glace	5	4,6
Aucun	18	16,7
Total	108	100

Tableau 27 : Répartition des patients selon le mode de traitement

Nature du traitement	Effectif	Pourcentage
Chirurgical	103	95,4
Médical	5	4,6
Total	108	100

Les patients ayant reçu un traitement médical avaient un plastron appendiculaire

Tableau 28 : Répartition des patients selon l'opérateur

Opérateur	Effectif	Pourcentage
Interne	33	32,03
Chirurgien	70	67,97
Total	103	100

Tableau 29 : répartition des patients selon la voie d'abord

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Incision de Mac Burney	94	91,3
Incision médiane sous ombilicale	8	7,8
Pararectale	1	1,9
Total	103	100

Tableau 30 : Répartition des patients selon le siège de l'appendice

Siège appendice	Effectif	pourcentage
Pelvien	5	4,9
Rétro-coecal	3	2,9
Sous hépatique	2	1,9
FID	93	90,3
Total	103	100

Tableau 31 : Répartition des patients selon l'aspect macroscopique peropératoire de l'appendice

Aspect macroscopique peropératoire	Effectif	Pourcentage
Appendicite catarrhale	38	36,8
Appendicite Phlegmoneuse	47	43,7
Appendicite gangreneuse	7	6,8
Appendicite perforée avec péritonite	11	10,7
Total	103	100

Tableau 32: Répartition des patients selon le type d'appendicectomie

Type d'appendicectomie	Effectif	Pourcentage
Cure avec enfouissement	52	50,5
Cure sans enfouissement	51	49,5
Total	103	100

Tableau 33 : Répartition des patients selon le nettoyage de la cavité abdominale

Nettoyage de la cavité abdominale	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie sans nettoyage de la cavité abdominale au sérum physiologique bétadiné	65	63,1
Appendicectomie avec nettoyage de la cavité abdominale au sérum physiologique ou bétadiné	38	36,9
Total	103	100

Tableau 34 : Répartition des patients selon les suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Simple	92	89,3
Abcès de la paroi	10	9,7
Fistule digestive sur le cæcum	1	1
Total	103	100

Tableau 35 : Répartition de la technique opératoire en fonction des suites opératoires

Suites opératoires Techniques Opératoires	Simple	Abcès Paroi	Fistule digestive	Total
Cure avec enfouissement	49	4	0	53
Cure sans enfouissement	43	6	1	50
Total	92	10	1	103

Tableau 36 : Répartition du type d'incision en fonction des suites opératoires

Suites opératoires \ Type d'incision	Simple	Abcès de la Paroi	Fistule digestive	Total
Mac Burney	91	2	1	94
IMSO	1	7	0	8
Jalaguier	0	1	0	1
Total	92	10	1	103

Tableau 37 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation(jours)	Effectif	Pourcentage
0-5	88	81,5
6-10	18	16,7
>11	2	1,8
Total	108	100

La durée moyenne d'hospitalisation est de 4jours \pm 2,05 avec des extrêmes allant de 2 à 45 Jours



**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5-1- LA METHODOLOGIE

Notre étude prospective a été réalisée à Sikasso dans un hôpital régional de 2^{ème} référence nous avons vu, examiné et traité tous nos malades.

Les problèmes rencontrés ont été :

- l'équipe de garde étant multidisciplinaire
- le manque de bilan biologique en urgence
- l'insuffisance des moyens financiers pour la prise en charge rapide des malades.

5-2- LA FREQUENCE

Tableau 38 : Fréquence de l'appendicite aiguë selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Fréquence	Test statistique
BJERKESET T, 2006 NORVEGE[7]	483	12%	P=0,9 Khi2=0
HAROUNA, 2000 NIGER[35]	362	4,4%	P=0,06 Khi2=8,34
COULIBALY M, MALI,2002 [20]	253	9%	P=0,39 Khi2=0,73
NOTRE SERIE	108	12%	

Notre fréquence de 12% est statistiquement comparable aux taux retrouvés dans plusieurs études [7,35,20]. L'appendicite occupe le 2^{ème} rang des urgences chirurgicales à l'hôpital de Sikasso après les perforations digestives non appendiculaires.

5-3-L'AGE

Tableau 39 : Fréquence de l'appendicite aiguë selon l'âge.

Auteurs	Effectif	Age moyen	Test statistique
CHAVDA SK, 2005 KENYA [10]	189	30	P=0,8 Khi2=0,06
YONG JL, 2006 CHINE[77]	97	34	P=0,69 Khi2=0,15
COULIBALY M MALI 2002[20]	253	24,73	P=0,19 Khi2=1,67
NOTRE SERIE	108	31,36	

L'appendicite aiguë est surtout une maladie des sujets jeunes elle est rare aux âges extrêmes de la vie. L'âge moyen dans notre étude de 31,36 ans est jeune , cette notion est retrouvée par d'autres auteurs[10,77,20].

5-4-LE SEXE

Tableau 40 : Fréquence de l'appendicite aiguë selon le sexe

Auteurs	Effectif	Sexe ratio : homme/ femme
CHAVDA SK, 2005, KENYA [10]	189	1,6
HARTWING KÖRNER 2000, NORVEGE[36]	544	1,8
COULIBALY M MALI , 2002 [20]	253	1,5
NOTRE SERIE	108	2,2

Dans plusieurs études[10,36,20] comme. La notre les hommes ont été plus largement représenté que les femmes avec un sexe ratio en faveur des hommes entre 1,6 à 2,2.

Le sexe n'est pas un facteur favorisant, mais selon certains auteurs [10] les femmes subissent plus d'appendicectomie négative que les hommes.

5-5- Délai de consultation :

Tableau 41 : Répartition du délai moyen de consultation selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Délai en jours	Test statistique
HAROUNA 2000 NIGER[35]	362	3	Khi2=P=0,08
PEREZ-MARTINEZ A 2005 ESPAGNE[62]	209	4,8	Khi2=0,91 P=0,33
ALLOO J 2004 CANADA[3]	28	3	Khi2=P=0,76
NOTRE SERIE	108	7,1	

Notre délai moyen de consultation est conforme à ceux des autres auteurs[35,62,3].

5-6-clinique :

5-6-1-Signes généraux

Tableau 42 : Répartition de la fièvre selon les auteurs

Auteurs Fièvre	Effectif	Pourcentage	Test statistique
BELTRAN 2006 CHILIE[6]	207	66,2%	Chi2= 6,1 P=0,01
OHENE 2006 GHANA[57]	638	73%	Chi2=19,7 P=0,000009
COULIBALY 2002 MALI[20]	253	58,5%	Chi2=1,3 P=0,24
NOTRE SERIE	103	51,9%	

Classiquement on retrouve une fébricule chez les malades ayant une appendicite aiguë. Cette fièvre a été retrouvée dans plus de la moitié des cas dans notre série. Notre taux est comparable de celui de COULIBALY[20] : 58,5% ; Chi2=1,3 P=0,24 , mais diffère de celui de BELTRAN[6] : 66,2% ; Chi2= 6,1 P=0,01 et de OHENE[57] : 73% ; Chi2=19,7 P=0,000009

Cette différence s'explique par le fait que les 83% de nos malades étaient sous traitement médical avant leur admission aux urgences.

5-6-2-Signes fonctionnels

Tableau 43 : Fréquence du siège de la douleur selon les auteurs.

Auteurs Siège de la douleur	CHAVDA KENYA 2005[10]	HAROUNA Y NIGER 2000[35]	COULIBALY M MALI 2002[20]	NOTRE SERIE
FID	80%	62,2%	76,7%	85,2%
Epigastrique	-	5,5%	4,3%	0,9%
Sous costal Droit	1%	4,1%	-	2,8%
Périombilical	3%	6,1%	5,9	5,6%
Pelvien	1%	5,5%	4,4%	0,9%
Diffus	2%	-	8,7%	4,6%

La fosse iliaque droite a été le principal siège de la douleur avec un taux de 85,2%.

Ce taux est comparable à ceux retrouvés par d'autres auteurs ; CHAVDA [10] avec un taux de 80% ; $\text{Khi}^2=1,29$ et $P=0,25$; COULIBALY M [20] : 76,7% ; $\text{Khi}^2=1,36$ et $P=0,24$ mais différent du taux obtenu par HAROUNA[35] : 62,2% ; $\text{Khi}^2=19,73$ et $P=0,000009$.

5-6-2-Autres signes fonctionnels associés

Tableau 44 : Répartition des signes fonctionnels selon les auteurs.

Auteurs	HARTWING K NORVEGE 2000[36]	WAGNER G ALLEMAGNE 1996[76]	COULIBALY M MALI 2002[20]	NOTRE SERIE
Signes fonctionnels				
Nausée	72%	58%	56,7%	17,6%
Constipation	-	-	35,2%	39,6%
Vomissements	72%	51%	71,1%	61,9%

Les troubles digestifs à type de nausée ou de vomissement peuvent accompagner la douleur dans l'appendicite. Ils sont retrouvés dans toutes les séries.

Les nausées ont représenté 17,6% des cas dans notre série, ce taux est différent de celui retrouvé par les auteurs : HARTWING[36] 72% $\text{Chi}^2=114,7$ $P=0$ et COULIBALY[20] 56,7% $\text{Chi}^2=46,3$ $P=0$

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les 83% de nos malades étaient sous traitement médical avant leur admission aux urgences.

Quant aux vomissements notre taux de 61,9% est comparable de celui obtenu par COULIBALY[20] : 71,1% ; $\text{Chi}^2=3,5$ $P=0,06$ mais diffère de celui obtenu par HARTWING[36] : 72% ; $\text{Chi}^2=4,3$ $P=0,03$

5-6-3-Signes physiques

Tableau 45 : Fréquence des signes physiques selon les auteurs.

Auteurs Signes physiques	WAGNER G ALLEMAGNE 1996[76]	HARTWING G NORVEGE 2000[36]	COULIBALY M MALI 2002[20]	NOTRE SERIE
Douleur provoquée Dans la FID	-	-	98,4%	94,4%
Défense dans la FID	74%	85%	76,7%	80,6%
Signe de BLUMBERG	63%	91%	57,3%	60,2%
Signe de ROVSING	-	-	41,1%	54,6%
Contracture abdominale	-	-	9,5%	19,1%
Psoïtis	16%	-	2,8%	9,2%
Langue saburrale	-	-	46,2%	41,1%
Douleur au Toucher Pelvien	31%	40%	87,3%	83,3%
Masse dans la FID	-	-	14,2%	4,6%

L'appendicite réalise un polymorphisme clinique qui est riche en signe physique.

La défense dans la FID a représentée 80,6% des cas dans notre série, ce taux est conforme de ceux des auteurs : HARTWING[36] 85% ; $\text{Chi}^2= 1,2$ $P=0,2$ et COULIBALY [20] 76,7% ; $\text{Chi}^2= 0,6$ $P=0,2$

Le signe de BLUMBERG a représenté 60,2% des cas dans notre série ce taux est comparable de celui obtenu par COULIBALY[20] : 57,3% ; $\text{Chi}^2=0,26$ $P=0,61$ mais diffère de celui de HARTWING[36] : 91% ; $\text{Chi}^2=70,5$ $P=0$

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les 83% de nos malades avaient reçu un traitement à base d'antalgique avant leur admissions aux urgences

Quant à la douleur au toucher pelvien elle a représentée 83,3% des cas dans notre série, ce taux est comparable de celui obtenu par COULIBALY[20] : 87,3% ; $\chi^2= 1$ $P=0,3$ mais diffère de celui de HARTWING [36]: 40% ; $\chi^2= 67,6$ $P=0$

5-7- Examens complémentaires

Bien que le diagnostic de l'appendicite est clinique, il nous est arrivé de demander quelque fois l'échographie abdomino-pelvienne. Cet examen est aujourd'hui accessible dans notre hôpital de 2eme référence. Quarante six malades soit 43% ont bénéficié de cet examen chez lesquels le diagnostic de l'appendicite aiguë a été confirmé et vérifié en peropératoire.

Selon certains auteurs[22] elle permet de faire le diagnostic de l'appendicite dans 84 à 91,5% des cas.

Seulement 12% des malades ont bénéficié de la NFS-VS pour des raisons financières et l'hyperleucocytose a été retrouvée dans tous les cas.

5-8-Traitement

<< Toute appendicite diagnostiquée doit être opérée dans les plus brefs délais>>, afin d'enlever le siège de l'infection qui présente un grand danger pour la cavité péritonéale puis la vie du malade [8].

Dans notre série les cinq cas de plastrons reçu ont été traités à base d'antalgique(novalgine) , d'antibiotique(amoxicilline, metronidazole et gentamicine), la vessie de glace la diète jusqu'à la disparition de la douleur conformément à l'avis des auteurs africains et européens [69, 58,41]. Après six mois de traitement médical les malades sont convoqués et opérés à froid après un bilan préopératoire. Quant aux 103 cas d'appendicite ils ont été pris en charge au bloc opératoire une fois le diagnostic posé, après un examen anesthésique. Seulement les six cas de péritonite diagnostiquées en préopératoire ont nécessité une réanimation avant le bloc opératoire. Cette réanimation a consisté à une réhydratation plus une antibiothérapie. Il y a eu un cas de transfusion.

5-8-1-Voie d'abord

Tableau 46 : la voie d'abord selon les auteurs

Voie d'abord Auteurs	Voie classique (Mac Burney)	Voie laparoscopique (coelio)
GULLER USA 2004[32]	82,2%	17,4%
FRANCOIS FRANCE 2006[29]	94,2%	4,1%
FARTHOUAT SENEGAL 2005[28]	65%	18%
NOTRE SERIE	95,8%	0%

L'incision de Mac Burney a été la plus fréquente dans toutes les séries : soit 82,2% dans la série Américaine [32], 94,2% dans la série Française[29] et 65% dans la série Sénégalaise[28].

Plusieurs auteurs pratiquent cette chirurgie laparoscopique et ont trouvé les avantages et les inconvénients suivants :

Avantages

- la réduction des infections pariétales[28].
- elle est plus intéressante dans les formes compliquées que dans l'appendicite simple[27].
- plus bénéfique chez les femmes et les obèses[40].
- elle est d'ordre esthétique[66].

Inconvénients

- le coût plus élevé[52,18,40,].
- la durée d'intervention plus longue[52,18,40].
- la conversion[52,18,40].

5-8-2-Siège de l'appendice

Tableau 47 : Siège de l'appendice selon les auteurs

Auteurs Siège l'appendice	HUWART France 2006[39]	HAROUNA NIGER 2000[35]	COULIBALY MALI 2002[20]	NOTRE SERIE
FID	68%	62,2%	86,8%	90,3%
Retrocaecale	-	22,1%	5,4%	2,9%
Pelvien	32%	5,5%	6,4%	4,9%
Sous Hépatique	-	4,1%	1,4%	1,9%

L'appendice dans la FID a été la plus fréquente dans toutes les séries.

Dans toutes les séries, la position pelvienne a été la plus fréquemment retrouvée dans la série Française[39] contre 5,5% dans la série Nigérienne[35], 6,4% dans la série Malienne[20] et 4,9% des cas dans notre série.

5-8-3-Aspect macroscopique de l'appendice

Tableau 48 : Aspect macroscopique de l'appendice selon les auteurs.

Auteurs	GUZMAN MEXIQUE 2003[33]	MUNTEANU ROUMANIE 2005[55]	OMUNDSEN Nlle ZELANDE 2006[59]	COULIBALY MALI 2002[20]	NOTRE SERIE
Catarrhal	74%	75%	63%	43,2%	36,8%
Phlegmoneux	15,1%	11,6%	-	38,6%	43,7%
Gangrené	-	9,6%	2%	3,2%	6,8%
Perforé	12%	-	14%	9,5%	10,7%

L'appendicite phlegmoneuse a été la plus retrouvée dans notre série soit 43,7% des cas contrairement aux séries des autres auteurs ou la forme catarrhale a été la plus fréquente:GUZMAN[33] 15,1% ; $\chi^2= 60,5$ $P=0$ et MUNTEANU[55] 11,6% ; $\chi^2= 76,6$ $P=0$ mais comparable de celui obtenu par COULIBALY[20] : 38,6% ; $\chi^2=0,7$ $P=0,3$

Cette différence pourrait s'expliquer par le retard de consultation et de la prise en charge de nos malades.

Mais notre taux de 10,7% de perforation est comparable à ceux retrouvés par les auteurs

GUZMAN[33] : 12% ; $\chi^2=0,1$ $P=0,6$, OMUNDSEN[59] : 14% ; $\chi^2=0,7$ $P=0,3$ et COULIBALY[20] : 9,5% ; $\chi^2=0,1$ $P=0,7$.

5-9-Suites opératoires

5-9-1-LE TAUX DE MORBIDITE

Tableau 49 : Répartition du taux de morbidité selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Morbidité	Test statistique
KATHOUADA 2005 USA [42]	247	17,5%	Khi2=3,04 P=0,08
PISKUN 2001 USA[63]	52	14%	Khi2=0,38 P=0,53
YONG 2006 CHINE[77]	97	15,8%	Khi2=1,29 P=0,25
FARTHOUAT 2005 SENEGAL [28]	100	7%	Khi2=0,67 P=0,4
NOTRE SERIE	108	10,6	

Notre taux de morbidité est comparable à ceux des auteurs qui ont pratiqué la coelio.

5-9-LE TAUX DE MORTALITE

Nous n'avons pas enregistré de décès conformément à plusieurs auteurs[10,28,42,75,11,77]. Dans les pays industrialisés il est compris entre 0,1 et 0,25%[78].

5-10-LA DUREE MOYENNE D'HOSPITALISTION

Tableau 50 : La durée moyenne d'hospitalisation selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Durée Moyenne en jours	Test statistique
HUANG 2001 TAIWAN[38]	75	2,8 j	P=Chi2=0,9
PEISER 2002 ISRAEL [60]	194	2,5	P=Khi2=0,9
YONG 2005 CHINE [77]	125	3	P=Khi2=0,8
LONG 2001 USA [48]	200	1,6	P=Khi2=0,4
COTHREN 2005 USA [18]	247	2,2	P=Khi2=0,5
NOTRE SERIE	108	4	

Notre durée moyenne d'hospitalisation a été de 4 jours. Ce qui est comparable de celles des auteurs qui ont pratiqué la coelio notamment :

5-11-COÛT DE LA PRISE EN CHARGE

Le coût moyen de la prise en charge a été de 51.850 f CFA ce qui est largement supérieur au SMIG malien qui s'élève aujourd'hui à 28.460 f CFA[31]. Ce coût s'est vu majoré souvent par la survenue des complications. Notre coût est inférieur à celui obtenu par COULIBALY M[20] qui a été de 86.750FCFA, cette différence s'explique par le fait que l'acte opératoire était gratuit dans notre étude.



**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

VI- CONCLUSIONS-RECOMMANDATIONS

6-1-CONCLUSION

l'appendicite aiguë est une urgence chirurgicale fréquente. Son diagnostic est essentiellement clinique. L'imagerie peut être utile dans les formes atypiques et notamment dans les formes associées. C'est une affection dont la morbidité et la mortalité sont faibles sous réserve d'un diagnostic et d'un traitement chirurgical précoce.

6-2-RECOMMANDATIONS

Nous recommandons :

- Aux agents sanitaires

Un examen clinique adéquat des malades ;

L'éviction de l'usage des médicaments (antalgiques, antibiotiques) dans les syndromes douloureux aigus de la FID avant de poser le diagnostic.

La prise en charge précoce des malades dès le diagnostic clinique.

- A la population

La consultation d'un spécialiste dès la première sensation de douleur de la FID.

-Aux autorités

- La formation des spécialistes en chirurgie viscérale ;
- Une meilleure organisation des systèmes de référence ;
- La création d'un SAMU ;
- La mise en place d'une sécurité sociale ;
- Encourager les mutuelles de santé

A decorative graphic featuring a light blue background with a pattern of water droplets. The graphic is enclosed in a dotted blue border with rounded corners and small circular accents at the corners.

REFERENCES

VII- REFERENCES

1-ADDIS D.G et al.

The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States .
Am J Epidemiol 1990; 132:91

2- ADOLFF M et al

Appendicite

EMC (Paris) France Estomac-intestin; 1989, 9066A10 10p

3-ALLOO J, GERSTLE T, SHILYANSKY J, EIN SH.

Appendicitis in children less than 3 years of age: a 28-year review
Pediatr Surg Int 2004;19:777-9.

4-BAIGRE R.J et al.

Analysis of 8651 appendectomy in England and Wales during 1992
Br J Surg 1995; 82:933

5-BARNAUD Ph et al.

Techniques chirurgicales 2^{eme} édition Institut de Médecine tropicale du service de santé
des armées.

Le Pharo-Marseille 1990 ; 223-224

6-BELTRAN M A, VILLAR M R, CRUCES KS.

Application of a diagnostic score for appendicitis by health-related non-physician
professionals.

Rev Med Chil 2006; 134:39-47

7-BJERKESET T, HAVIK S, AUNE KE, ROSSELAND LAND.

Acute abdominal pain as cause of hospitalisation.

Tidsskr Nor Laegeforen 2006; 126: 1602-4

8-BROCOQ P, POILEUX F, CHABRUT R.

Appendicite aiguë vue tardivement.

Traité des urgences en chirurgie

Tome I Masson & CE P:588-90

9- CACIOPPO J C, et al.

The consequences of current constraints on surgical treatment of appendicitis.

The Am J of Surg 1989; 157: 276-281

10-CAHVDA SK, HASSAN S, MOGOHA GA.

Appendicitis at Kenyatta National, Nairobi

East Afr Med J 2005; 82:526-30

11CANTY TG SR COLLINS D, LASASSO B, LYNCH F, BROWN C

Laparoscopic appendicectomy for simple and perforated appendicitis in children: the procedure of choice?

J Pediatr Surg 2000; 35: 1582-5

12-CARAYON A.

Nouvelle enquête sur l'appendicite chez l'africain à propos de 500 cas.

Med Trop 1962 ; 22 :672-683

13-CARYON A et al.

Enquête complémentaire sur l'appendicite chez l'africain, réflexion sur un millier de cas

Bull Soc Med Afr Noire 1968 ; 13 :3 :696-698.

14-CHIPPONI J

Appendicite.

Pathologie chirurgicale. Tome 2. chirurgie digestive et thoracique. Masson

1991 :253-260.

15- CHIPPONI J et al.

Rev Prat 1992 ; 42 : 689-692

16-CONDON R.E et al.

Text book of surgery.

Philadelphia:WB Saunders, 1991.

17-CONDON R.E.

Acute appendicitis; surgical treatment of digestive disease.

Year book medical publisher Chicago 1986; 615-632.

18-COTHREN CC, MOORE EE, JOHNSON JL, MOORE JB, CIESIA DJ, BURCH JM.

Can we afford to do laparoscopic appendicectomy in an academic hospital?

Am J Surg 2005; 190:950-4

19- COULIBALY D.K.

Etude statistique de l'évaluation du nombre des interventions chirurgicales dans les hôpitaux de Bamako et de kati à propos de 82987 actes chirurgicaux.

Thèse Méd ; Bamako, 1992, n°25.

20-COULIBALY M

Appendicites aiguës dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd Bamako, 2002 ,n° 44

21-COULIBALY M B

Etude des syndromes douloureux non urgents de la fosse iliaque droite et appendicite dans le service de chirurgie B à l'hôpital du point G.

Thèse Méd ;Bamako, 1992, n°50

22-CROMBE A, WEBER F, GRUNER L, MARTINS A, FOUQUE P, BARTH X.

L'échographie abdomino-pelvienne en cas de suspicion d'appendicite aiguë : évaluation prospective chez l'adulte.

An chir 2000 ; 37 :57-61

23- DELATTRE J F.

Appendicite aiguë et ses complications diagnostic, traitement.

Impact internat 1997 ; 356.

24-DUALE C. et al.

Conséquences physiologiques de la chirurgie coelioscopique.

Ann Chir 1998 ; 9 : 897-904.

25-EHUA S.F.

Appendicites et appendicite en milieu africain à propos de 825 cas.

Thèse Méd Abidjan, 1984, n°485.

26- ERIKSSON S. et al.

The diagnostic value of repetitive preoperative analyses of C-reactive protein and total leucocyte count in patients with suspected acute appendicitis.

Scand J Gastroenterol 1994; 29:1145-1149.

27-ESTOUR E, GERI JP.

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

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

28-FARTHOUAT P, FALL O, OGOUGBEMY M, SOW A, MILLON A, DIENG D, DIOUF MB.

Appendicectomy in the tropics: prospective study at hopital principal in DAKAR.

Med Trop. 2005; 65: 549-53

29-FRANCOIS G F, GIULY J

Cinq mille trente quatre appendicectomies
E-Memoire de l'académie Nationale de Chirurgie. 2006 ;5 :61-70

30-GRANDJEAN J.P et al.

Appendicectomie par voie coelioscopique. Réflexion à partir d'une série homogène de 906 cas.

Ann Chir 1999 ; 53 :280-282.

31-GUIDE DU FORUM DES INVESTISSEURS : Mali 2006**32-GULLER U, HERVEY S, PUVES H, MUHLBAIER LH, PETERSON ED, EUBANKS S et al.**

Laparoscopic versus open appendicectomy outcomes comparison based on a large administrative data base. Ann surg 2004; 239:43-52

33-GUZMAN-VALDIVIA GOMEZ G.

AN USEFUL CLASSIFICATION FOR ACUTE APPENDICITIS.

Rev Gastroenterol Mex 2003;68:261-5

34- HALE D.A. et al.

Appendicectomy. A contemporary appraisal.

Ann surg 1997 ;225 :252-261.

35-HAROUNA Y, AMADOU S, GAZI M, GAMATIE Y, ABDOU I, OMAR GS, GUELINA G, SALEY YZ, MOUNKAILA H, BOUREIMA M.

Les appendicites au Niger: Pronostic actuel.

Bul Soc Pathol 2000; 93:314-316

36-HARTWING K, KARL S, JON A S, ARNE N, LARS V.

The history is important in patients with suspected acute appendicitis/ with invited commentary.

Digestive Surgery 2000; 17:364-369.

37- HORNTRICH J et al.

Die appendizitis aus epidemiologischer sichts.

Zentralbl chir 1990; 115:1521.

38-HUANG MT, WEI PL, WU CC, LAI IR, CHEN RJ, LEE WJ.

Needlescopic, laparoscopic, and open appendicectomy: a comparative study.

Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2001; 11: 306-12.

39-HUWART L, EL KHOURY M, LESAVRE A, PHAN C, RANGHEARD AS, BESSOUD B, MENU Y.

Is appendicitis a reliable sign for acute appendicitis at MDCT?

J Radio 2006; 87: 383-7

40-IGNACIO RC, BURKE R, SPENCER D, BISSEL C, DORSAINVIL C, LUCHA PA.

Laparoscopic versus open appendectomy: what is the real difference ? results of a prospective randomized double-blinded trial.

Surg endosc 2004; 18: 334-7

41-KARAGA I, ALTINTOPRAK Z, KARKINER A, TEMIR G.

The management of appendiceal mass in children. Is interval appendectomy necessary.

Surg today 2001; 31:675-677

42-KATHOUADA N, MASON RJ, TOWFIGH S, GEVORGYAN A, ESSANI R.

Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized double-blind study.

Ann Surg 2005; 242: 439-48

43-KEITA N.

Etude des appendicectomies dans le service de chirurgie A de l'hôpital du point G .

Thèse Méd, Bamako, 1993, N°34.

44- KOUADIO A.

Contribution à l'étude des péritonites appendiculaires à propos de 100 cas au CHU de Treichville.

Thèse Méd, Abidjan 1980, N°686.

45- KOUAME Y F.

Les appendicites compliquées : étude rétrospective de 158 cas traités au CHU de Cocody.

Thèse Méd ; Abidjan. 1989, N°1037.

46- KOUMARE A K.

Les appendicites aiguës.

IPN 1992 ; Bamako Mali :2-9.

47- LEGUERRIER A.

Nouveaux dossiers d'anatomie.

Editions scientifiques et juridiques 1980 ; 801 :93-106.

48-LONG KH, BANNON MP, ZIETLOW SP, HELGESON ER, HARMSSEN WS, SMITH CD, ILSTRUP DM, BAERGA-VARELA Y, SARR MG; LAPAROSCOPIC APPENDICECTOMY INTEREST GROUP.

A prospective randomized comparison of laparoscopic appendicectomy with open appendicectomy: clinical and economic analyses.

Surgery 2001; 129: 390-400.

49- LUCKMANN R et al.

The epidemiology of acute appendicitis in California: racial gender and seasonal variation.

Epidemiol 1991;2:323.

50-LUJAN M.J.A et al.

Laparoscopic versus open appendicectomy. A prospective assessment.

Br J Surg 1994 ; 81 :133-137.

51- MAIGA B.

Contribution à l'étude des appendicites : aspects cliniques, anatomopathologiques et étiologiques .

Thèse Med ; Bamako ; 1975, n°75.

52-MERHOFF AM, MERHOFF GC, FRANKLIN ME.

Lap aroscopic versus open appendicectomy.

Ann J Surg 2000;179: 375-8

53- METMAN E H et al.

Morbidité digestive diagnostiquée chez l'adulte. Résultats d'une enquête épidémiologique.

Gastro enterol clin biol 1980 ; 4 :858-869.

54- MONDOR H.

Diagnostic urgents / Abdomen.

Masson 9ème Edition 1979: 55-184.

55-MUNTEANU R, COPAESCU C, LITESCU M, TURCU F, IOSIFESCU R, TIMISESCU L, GINGHINA O, DRAGOMIRESCU.

Laparoscopic appendicectomy-considerations in about 1000 cases

Chirurgia(BUCUR). 2005; 100: 541-9

56-NAVARRA G, ASCANELI S, TURINI A, CARCOFORO P, TONINI G, POZZA E.

Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy in suspected acute appendicitis in female patients.

Ann Ital Chir 2002; 73: 59-63

57-OHENE-YEBOAH M, TOGBE B.

An audit of appendicitis and appendicectomy in Kumasi, Ghana

West Afr J Med 2006;25: 138-43

58-OKAFOR P I S JIDEOFOR C O GABRIEL U C.

Management of appendiceal masses in a peripheral hospital in Nigeria: Review of thirty cases.

World J surg 2003; 27:800-803

59-OMUNDSEN M, DENNETT E.

Delay to appendicectomy and associated morbidity: a retrospective review.

ANZ J Surg. 2006; 76: 153-5

60-PEISER JG, GREENBERG D.

Laparoscopic versus open appendicectomy: results of a retrospective comparison in an Israeli hospital.

Isr Med Assoc J 2002; 4: 91-4

61- PELERIN D et al.

Le syndrome péritonéal du 5^{ème} jour après appendicectomie à froid chez l'enfant.

Mem Acc chir 1961 ; 87 :518-26.

62-PEREZ-MARTINEZ A, CONDE-CORTES J, MARTINEZ-BERMEJO MA, BENTO-BRAVO L, BUSTO-AGUIRREURETA N, GONI-ORAYEN C.

Programmed surgery for acute appendicitis.

Cir Pediatr 2005;18:109-12.

63-PISKUN G, KOZIK D, RAJPAL S, SHAFTAN G, FOGLER R.

Comparison of laparoscopic, open, and converted appendicectomy for perforated appendicitis.

Surg Endosc 2001; 15: 660-3

64- POTET F.

Appendice histopathologie du tube digestif

Masson 1988 : 225-231.

65- RIBER C. et al.

Intestinal obstruction after appendectomy.

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

66-RIVERA DIAG EM.

Comparative evaluation of the surgical treatment of acute appendicitis: open appendicectomy versus laparoscopic appendicectomy in the national hospital Carlos a. Seguin e. Essalad

Rev Gastroenterol Peru. 2002; 22: 287-96

67- ROHMER A.

Appendice

Masson 3ème édition (Paris) 1978; 753-61.

68- ROHR S et al.

Appendicite aiguë

EMC (Paris), Gastroenterologie 1999: 9-066A10. 11p.

69-SAMUEL M, HOSIE G, HOLMES K.

Prospective evaluation of nonsurgical versus surgical management of appendicitis mass.

J Pediatric sur 2002;37:882-86

70- SEOGOL Ph et al.

Appareil digestif DCEM, 2^{ème} année

Service de polycopie des étudiants, des professeurs de santé de Caen.

Edition 1996 ; 97 :261-274.

71-SILEN W.

Appendicite aiguë

TR Harrison principe de médecine interne

5^{ème} édition française, Masson 1992 ; 245 : 1298-1299.

72-TRAORE IT.

Contribution à l'étude épidémiologique des appendicites dans les hôpitaux de Bamako et de Kati

Thèse Med ; Bamako. 1983, n°15.

73- VALAYER J. et al.

Appendicite et péritonite appendiculaire de l'enfant.

Encyl Med Chir (Paris) 1989 ;4018Y10-9.

74- VICQ P et al.

Appendicitis aiguës.

Med Trop 1996 ; 56 :131-136.

75-VILLAZON DAVICO O, ESPINOSA JARAMILLO A, CARDENAS CASTANEDA O, VALDES CASTANEDA A.

Appendectomy by minimally invasive surgery.

Rev Gastroenterol Mex. 2004; 69: 58-64

76-WAGNER GM, MC KILLEY P, CARPENTER JL.

Does this patient have appendicitis?

JAMA 1996; 276:15-98.

77-YONG JL, LAW WL, LO CY, LAM CM.

A comparative study of routine laparoscopic versus open appendicectomy.

JSLs 2006; 10: 188-92

78-ZOQUEREH DD, LEMAITRE X, IKOLI JF, DELMONT, CHAMLIAN A, MANDABA JL, NALI NM.

Acute appendicitis at the National University Hospital in Bangui, Central African Republic: epidemiologic, clinical, paraclinical and therapeutic aspects.

Santé. 2001; 11: 117-25.



ANNEXES

FICHE D'ENQUETE : APPENDICITE AIGUË
--

Identification

1. N°Fiche : |__|__|__|__|
2. N° Dossier : |__|__|__|__|
3. Nom et Prénom :
4. Age :
5. Sexe : |__| (1=masculin, 2=féminin)
6. Principale activité : |__|
- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1=Fonctionnaire | 6=Ménagère |
| 2= Commerçant | 7=Elève |
| 3=Cultivateur | 8=Autres à préciser |
| 4=Ouvrier | 9=Indéterminée |
| 5=Manœuvre | |
- 7- Ethnie : |__|__|
- | | |
|------------|----------------------|
| 1=Bambara | 7=Dogon |
| 2=Sénoufo | 8=Minianka |
| 3=Sarakolé | 9=Touareg |
| 4=Peulh | 10=Autres à préciser |
| 5=Songhai | 11=Indéterminée |
| 6= Bobo | |
8. Situation matrimoniale : |__|
- | | |
|---------------|---------------------|
| 1=Marié | 4=Autres à préciser |
| 2=Célibataire | 5=Indéterminée |
| 3=Veuf | |
9. Provenance : |__|__|
- | | |
|-------------|------------------|
| 1= Sikasso | 5=Yorosso |
| 2= Bougouni | 6=Kolondiéba |
| 3=Koutiala | 7=Yanfolila |
| 4=Kadiolo | 99= Indéterminée |
10. Nationalité : |__|
- | | |
|---------------------|----------------|
| 1=Maliennne | 3=Indéterminée |
| 2=Autres à préciser | |
11. Niveau d'étude : |__|
- | | |
|--------------|----------------|
| 1=Illettré | 4=Supérieur |
| 2=Primaire | 5=Coranique |
| 3=Secondaire | 9=Indéterminée |
12. Mode d'admission : |__|
- | | |
|------------------------|----------------|
| 1=Urgence | 9=Indéterminée |
| 2=Consultation normale | |
13. Date d'entrée : |__|__|
14. Durée d'hospitalisation postopératoire : |__|__|
15. Date de sortie : |__|__|

Signes fonctionnels associés

27. Vomissements : |___| 1=Oui 2=Non
 28. Nature des vomissements : |___| 1=Oui 2=Non
 1=Alimentaire 3=Autre à préciser
 2=Bileux 9=Indéterminée
29. Nausées : |___| 1=Oui 2=Non
 30. Constipations : |___| 1=Oui 2=Non
 31. Diarrhées : |___| 1=Oui 2=Non
 32. Arrêt matières et gaz : |___| 1=Oui 2=Non
 33. Ballonnement : |___| 1=Oui 2=Non

Signes généraux

34. Température (degré Celsius) : |___|
 1=Basse 3=Elevée
 2=Normale 9=Indéterminée
35. Pouls (bat/mn) : |___|
 1=Bas 4=Accélérée
 2=Normal 9=Indéterminée
36. Tension artérielle : |___|
 1=Basse 3=Elevée
 2=Normale 9=Indéterminée
37. Fièvre : |___|
 1=Oui 9=Indéterminée
 2=Non
38. Troubles urinaires : |___|
 1=Oui 9=Indéterminée
 2=Non
39. Antécédents personnels : |___|
 1=HTA 6=Laparotomie
 2=Diabète 7=Inguinotomie
 3=Drépanocytose 8=Autre à préciser
 4=Asthme 9=Indéterminés
 5=Bilharziose
40. Habitudes alimentaires : |___|
 1=Thé 5=Alcool
 2=Café 6=Autre à préciser
 3=Kola 9=Indéterminées
 4=Tabac

Examen physique**INSPECTION**

41. Etat général : |___|
 1=Bon 3=Moyen
 2=Mauvais 9=Indéterminé
42. Conjonctives : |___|
 1=Colorées 3=Ictère
 2=Pâleur 4=Autre à préciser 9=Indéterminées
43. Langue : |___|
 1=Propre 3=Sèche
 2=Saburrale 4=Autre à préciser

- 9=Indéterminée
44. Douleur à la marche (signe du psoas) : |__|
 1=Oui 9=Indéterminée
 2=Non
45. Prostration : |__|
 1=Oui 9=Indéterminée
 2=Non
46. Ondulations péristaltiques : |__|
 1=Oui 9=Indéterminée
 2=Non
47. Morphologie de l'abdomen : |__|
 1=Normale 3=Autre à préciser
 2=Distendue 9=Indéterminée
48. Mobilité de l'abdomen : |__|
 1=Mobile 3=Autre à préciser
 2=Immobile 9=Indéterminée
49. Agitation : |__|
 1=Oui 9=Indéterminée
 2=Non

palpation abdominale

50. Douleur provoquée : |__|
 1=Localisé 3=Autre à préciser
 2=Diffuse 9=Indéterminé
51. Gargouillement dans la FID : |__|
 1=Oui 9=Indéterminée
 2=Non
52. Défense : |__|
 1=FID 5=Pelvienne
 2=Epigastre 6=Diffuse à l'abdomen
 3=Sous-costale droite 7=Autre à préciser
 4=Périombilicale 9=Indéterminée
53. Contracture abdominale : |__|
 1=Oui 9=Indéterminée
 2=Non
54. Signe de Blumberg : |__|
 1=Présent 9=Indéterminé
 2=Absent
55. Signe de Rovsing : |__|
 1=Présent 9=Indéterminé
 2=Absent
56. Masse abdominale : |__|
 1=Présente (siège à préciser) 9=Indéterminée
 2=Absente

PERCUSSION ABDOMINALE

57. Sonorité abdominale : |__|
 1=Normale 4=Autre à préciser
 2=Tympanisme 9=Indéterminée
 3=Matité

AUSCULTATION ABDOMINALE

58. Bruits intestinaux : |__|
 1=Normaux
 2=Augmentés
 3=Silence
 4=Autre à préciser
 9=Indéterminés

Toucher pelvien (TR et/ou TV)

59. Toucher rectal : |__|
 1=Normal
 2=Douleur à droite dans le Douglas
 3=Douglas bombé
 4=Présence de sang sur le doigtier
 5=Ampoule rectale vide
 6=Fécalome
 7=Tumeur rectale
 8=Autre à préciser
 9=Indéterminé
60. Toucher vaginal : |__|
 1=Normal
 2=Leucorrhées
 3=Métrorragie
 4=Masse pelvienne
 5=Autre à préciser
 9=Indéterminé

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

61. NFS : |__|
 1=Normale
 2=Anomalie à préciser
 9=Indéterminée
62. Urée (Azotémie) : |__|
 1=Normale
 2=Anomalie à préciser
 9=Indéterminée
63. Glycémie : |__|
 1=Normale
 2=Anomalie à préciser
 9=Indéterminée
64. Vitesse de sédimentation : |__|
 1=Normale
 2=Anomalie à préciser
 9=Indéterminée
65. Echographie abdomino-pelvienne : |__|
 1=Normale
 2=Anomalie à préciser
 9=Indéterminée
66. ASP : |__|
 1=Normal
 2=Anomalie à préciser
 9=Indéterminé
67. Lavement baryté : |__|
 1=Normal
 2=Anomalie à préciser
 9=Indéterminé
68. Radiographie pulmonaire : |__|
 1=Normale
 2=Anomalie à préciser
 9=Indéterminée

Diagnostic

69. Diagnostic préopératoire : |__|
 1=Appendicite aiguë
 2=Plastron appendiculaire
 3=Appendicite phlegmoneuse
 4=Péritonite appendiculaire
 5=Autre à préciser
 9=Indéterminé

Traitement

70. Traitement traditionnel :|___|
 1=Oui
 2=Non
 9=Indéterminée
71. Traitement médical avant opération :|___|
 1=Oui
 2=Non
 9=Indéterminée
72. Nature du traitement médical : |___|
 1=Repos
 2=Antalgiques
 3=Antibiotiques
 4=Vessie de glace
 5=2+3+4
 6=2+3
 7=3+4
 8=2+4
 9=Autre à préciser
 99=Indéterminée
73. Durée du traitement médical : |___|
 1=Inférieure à 1 j
 2=1+5j
 3=6-10j
 4=Supérieure à 10j
 9=Indéterminée
74. Traitement chirurgical :|___|
 1=Oui
 2=Non
 9=Indéterminée
75. Par qui :|___|
 1=Interne
 2=CES
 3=Chirurgien
 4=Autre à préciser
 9=Indéterminé
76. Voie d'abord : |___|
 1=Incision de Mac Burney
 2=Laparotomie
 3=Autre à préciser
 9=Indéterminée
77. Siège de l'appendice :|___|
 1=FID
 2=Retro-coecal
 3=Sous-hépatique
 4=Pelvien
 5=Latéro-coecal
 6=Meso-coeliaque
 7=Autre à préciser
 9=Indéterminé
78. Diagnostic peropératoire :|___|
 1=Appendicite catarrhale
 2=Appendicite fibrineuse
 3=Appendicite phlegmoneuse
 4=Appendicite gangreneuse
 5=Appendicite perforé
 6=Plastron appendiculaire
 7=Péritonite appendiculaire
 8=Autre à préciser
 9=Indéterminé
79. Type d'appendicectomie : |___|
 1=Appendicectomie antérograde avec enfouissement
 2=Appendicectomie antérograde sans enfouissement
 3=Appendicectomie rétrograde avec enfouissement
 4=Appendicectomie rétrograde sans enfouissement
 5=Autre à préciser
 9=Indéterminé
80. Nettoyage de la cavité abdominale : |___|
 1=Non
 2=Sérum salé+bétadine
 3=Sérum salé
 4= Autre à préciser
 5=Indéterminé

81. Drainage péritonéal : |__|
 1=Oui
 2=Non
 9=Indéterminée
82. Type d'anesthésie : |__|
 1=Local
 2=loco-régional
 3=Rachianesthésie
 4=Général
 5=Autre à préciser
 9=Indéterminé
83. Complications peropératoires iatrogènes : |__|
 1=Aucune
 2=Hémorragie
 3=Traumatisme d'un viscère
 4=Décès
 5=Autre à préciser
 9=Indéterminées
84. Suites opératoires : |__|__|
 1= Simples
 2=Hémorragie
 3=Abscesses de paroi
 4=Septicémie
 5=Péritonite
 6=Fistule digestive
 7=Syndrome du 5^{ème} jour
 8=Décès
 9=Autre à préciser
 99=Indéterminées
85. Syndrome du 5^{ème} jour : |__|
 1=Fièvre
 2=Ballonnement
 3=Douleur abdominale
 4=Arrêt matières et gaz
 5=1+2+3
 6=1+2+3+4
 7=1+2+4
 8=Autre à préciser
 9=Indéterminé
86. Traitement médical postopératoire : |__|__|
 1=Pansement
 2=Antalgique
 3=Antibiotique
 4=Antiémétique
 5=Antipyrétique
 6=Perfusion
 7=Transfusion
 8=1+2+3
 9=1+2+3+6
 10=1+3+6
 11=1+3+5
 12=1+4+5+6
 13=1+5+6
 14=1+4
 15=Autre à préciser
 99=Indéterminé
87. Durée du traitement médical postopératoire : |__|
 1=0-1j
 2=2-5j
 3=6-10j
 4=Supérieure à 10j
 9=Indéterminée
88. Réintervention chirurgicale : |__|
 1=Oui
 2=Non
 9=Indéterminée
89. Cause de la réintervention chirurgicale : |__|
 1=Péritonite
 2=Occlusion
 3=Fistule
 4=Syndrome du 5^{ème} jour
 5=Hémorragie postopératoire
 6=Autre à préciser
 9=Indéterminée
90. Résultats des traitements : |__|
 1=Guérison totale
 2=Guérison avec séquelles (à préciser)
 3=Décès
 4=Autre à préciser
 9=Indéterminés

91. Suivi : |__|

1=1 mois

4=Perdu de vue

2=2-3 mois

99=Indéterminé

3=Plus de 3 mois

92. Coût du traitement :|__|__|__|__|__|__|

-Ticket de consultation

-Frais d'hospitalisation

-Coût de l'opération

-Coût de la réanimation

- Coût des examens complémentaires

- Coût des ordonnances

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : YALCOUYE

Prénom : YACOUBA

Titre de la thèse : Appendicite aiguë à l'hôpital de Sikasso.

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Année : 2006

Secteur d'intérêt : Chirurgie viscérale

RESUME

Nous avons réalisé une étude prospective de février 2005 à Janvier 2006 sur les appendicites aiguës à l'hôpital de Sikasso. Nos objectifs étaient de

- Déterminer la fréquence hospitalière
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques
- Analyser les suites opératoires
- Evaluer le coût de la prise en charge

Nous avons colligés 108 dossiers d'appendicite aiguë, ce qui ont représentés 12% des consultations, 21,2% des urgences chirurgicales, 30% des abdomens aigus chirurgicaux. Les hommes ont été les plus représentés. L'âge moyen a été de 31,36 ans avec extrêmes allant de 3 à 85 ans. Le tableau clinique est polymorphe, tous les malades ont consultés pour un syndrome douloureux siégeant le plus souvent dans la FID 85,2% des cas.

Nous avons eu souvent recours aux examens complémentaires (Echographie abdomino-pelvienne, NFS-VS) , devant certains tableaux confus.

L'appendicectomie avec enfouissement était la technique la plus utilisée, réalisée dans 50,9% des cas.

La morbidité a été de 10,6% des cas.

Nous n'avons pas enregistré de décès .

Le séjour hospitalier moyen a été de 4 jours

Le coût moyen de la prise en charge a été évaluée à 51.850 FCFA

Mots-clés : Appendicite aiguë, appendicectomie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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