

**Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Université des Sciences Techniques et  
des Technologies de Bamako (USTTB)**



REPUBLIQUE DU MALI

**Un Peuple – Un But – Une Foi**



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire : 2016-2017

THESE :

**APPENDICITES AIGUES: ASPECTS EPIDEMIO-  
CLINIQUES ET HISTOLOGIQUES A  
L'HOPITAL NIANANKORO FOMBA DE  
SEGOU.**

Présentée et soutenue publiquement le 30 / 08 / 2017 devant la  
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

**M.HAROUNA COULIBALY**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme D'état)

**JURY:**

**PRESIDENT :**

**Pr. Bakarou KAMATE**

**MEMBRE:**

**Dr. Sékou Bréhima KOUMARE**

**CO-DIRECTEUR:**

**Dr. Bréhima SAMAKE**

**DIRECTEUR DE THESE:**

**Pr. Check B. TRAORE**

# DEDICACES

## DEDICACES

Je dédie ce travail

□ A mon père **Feu SIRIKI COULIBALY**

C'est un grand privilège pour moi d'avoir un père comme toi qui n'a jamais failli à ton rôle de père sur nous, il me faut plus que des mots pour témoigner ma gratitude. Ce travail est aussi le vôtre car sans ton soutien, tes encouragements et Tes conseils il n'aurait jamais vu le jour.

➤ A ma mère **Feue Djénèba Yoyoni Coulibaly**

Les mots ne suffiront jamais pour exprimer ce que tu représentes et continues à représenter pour moi, je prie le bon Dieu pour que la terre te soit légère.

Chère mère je tâcherai de rester digne de l'estime que tu as voulu bien me témoigner. Ce travail est le fruit de tes conseils et de ton attachement ferme à l'éducation de tes enfants.

➤ A Mr **Tiekon Salif Diarra et sa famille**

Retrouvez ici l'assurance de mon attachement et de ma reconnaissance pour toutes les bontés que vous avez eues pour moi. Je vous souhaite beaucoup de bonheur que vous répandez autour de vous

➤ A mon **Zanké A. Coulibaly**

Vous avez été un socle pour moi, une personne sur qui j'ai pu compter au cours de ce parcours sans les parents, je pourrais vous remercier assez.

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS

➤ **A dieu :**

Le tout puissant et clément pour m'avoir permis (dans sa miséricorde) la réalisation de ce travail

➤ **A tous les enseignants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie du Mali** merci pour votre encadrement.

➤ **A Dr Keita Mahamoudou :**

Merci pour votre disponibilité et vos conseils précieux.

➤ **A tout le personnel du service de chirurgie générale :**

Pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe.

➤ **A toute l'équipe de l'anesthésie réanimation de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou :**

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

➤ **A Dr KONE Ousmane et Dr SISSOKO Moussa :**

les mots me manquent pour vous exprimer mes très vifs remerciements pour le sacrifice consenti.

Pendant les travaux je vous présente mes sincères reconnaissances.

➤ **Aux Docteurs :**

Traoré Z Boubacar, Beye Seydina Alioune, Issa Diarra, Salif Diarra, M'Pè Coulibaly, Traoré Moussa.

➤ **A mes amis de la chirurgie générale :**

Interne Adama Diabaté, Interne Bakary N. Diarra, Interne Abdoulaye Maiga, Interne Oumarou Malla, Interne Daouda S. Traoré, Merci infiniment.

➤ **A mes frères et soeurs :**

Oumar Coulibaly, Rokia Coulibaly, Binta Coulibaly,  
Aramata Coulibaly, Tènè Coulibaly, Bakary Coulibaly,  
Modibo Diarra.

Merci pour votre soutien enfin tous ceux qui d'une manière  
ou d'une autre de près ou de loin ont  
Contribué à la réalisation de cet ouvrage.

**HOMMAGE  
AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury**

**Professeur Bakarou Kamaté**

- **Professeur agrégé en anatomie et cytologie pathologique  
à la FMOS**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines, vos connaissances scientifiques, intellectuelles et votre disponibilité font de vous un formateur apprécié de tous.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Veuillez accepter cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance. Que le tout puissant vous accorde longévité et prospérité

## **A notre Maître et Juge**

### **Docteur Sékou Bréhima Koumaré**

- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Maître assistant à la FMOS**

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre du jury.

Vos qualités intellectuelles, votre générosité et votre ouverture d'esprit font de vous une personne appréciée de tous.

Recevez ici cher maître nos remerciements et notre profonde admiration. Que le tout puissant vous accorde longévité et prospérité

## **A notre Maître et Co-directeur de thèse**

### **Docteur Bréhima SAMAKE**

- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Chef de service de chirurgie générale de l'HNF de Sékou**

Cher Maître,

Cher maître c'est l'occasion pour moi de vous dire que ce fut une grande fierté d'avoir été votre interne.

Auprès de vous, j'ai appris la rigueur, l'amour du travail bien fait et la droiture.

Pendant tout mon séjour dans le service, j'ai été émerveillé par votre façon de travailler, vous êtes sans doute un bon encadreur rigoureux et méthodique.

Acceptez ici chère maître, notre profonde gratitude. Que le tout puissant vous accorde longévité et prospérité.

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Check Bougadari TRAORE**

- **Professeur titulaire Anatomie et cytologie pathologique à la FMOS**
- **Chef de service d'Anatomie et Cytologie pathologique au CHU-Point « G »**

Cher Maître,

Nous sommes très sensible et reconnaissant de l'honneur que vous nous faites en ayant accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par l'étendue de vos connaissances scientifiques.

Votre sagesse, votre disponibilité et votre intégrité ne constituent qu'une partie de vos qualités.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude

# ABREVIATIONS

## ABBREVIATIONS

<b>AEG :</b>	Altération de l'Etat Général
<b>AG :</b>	Anesthésie Générale
<b>AMG :</b>	Arrêt des Matières et Gaz
<b>ASP :</b>	Abdomen Sans Préparation
<b>ATCD :</b>	Antécédent
<b>CHU :</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CM :</b>	Centimètre
<b>CSCOM :</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>FID :</b>	Fosse Iliaque Droite
<b>FIG :</b>	Fosse Iliaque Gauche
<b>FVV :</b>	Fistule Vesico-Vaginale
<b>GB :</b>	Globule blanc
<b>HTA :</b>	Hypertension Artérielle
<b>IMSO:</b>	Incision médiane sous ombilicale
<b>IMSSO:</b>	Incision médiane sus et sous ombilicale
<b>Km2:</b>	Kilomètre carré
<b>NB :</b>	Nota bene
<b>NFS :</b>	Numération Formule Sanguine

**TR :** Toucher Rectal

**UGD :** Ulcère Gastroduodéal

**% :** Pourcentage

**Cm :** Centimètre

# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

I. Introduction.....	1
II. Généralités.....	5
III. Matériel et méthodes.....	47
IV. Résultats.....	52
V. Commentaires et Discussion.....	71
VI. Conclusion- Recommandations.....	81
VII. Références Bibliographiques.....	85
Annexes.....	94

# I. INTRODUCTION

## **I INTRODUCTION**

L'appendicite aiguë est une inflammation aiguë de l'appendice vermiculaire.

Elle est l'une des urgences les plus fréquentes en chirurgie digestive [1].

Elle se voit à tout âge mais surtout fréquente chez l'enfant.

Son diagnostic est clinique et il est admis de tous qu'il n'y a aucun parallélisme anatomo-clinique mais que le facteur pronostic essentiel est le délai écoulé entre le début des signes et la prise en charge [2].

Aussi sa réputation de bénignité n'est pas entièrement justifiée car on meurt encore d'appendicite [1,3].

Le traitement est chirurgical : soit une appendicectomie par voie classique ou une appendicectomie par voie coelioscopique.

L'appendicite aiguë, est une urgence chirurgicale abdominale très répandue dans le pays industrialisés où 12% à 13% de la population d'Amérique du Nord sont concernés [4, 5].

En Europe, elle constitue la première cause des urgences abdominales chirurgicales : 26% des urgences chirurgicales digestives en France [6].

A Dakar (Sénégal) en 2014 une étude nécropsique prospective a été réalisée sur des sujets décédés d'appendicite ou une de ces complications, parmi eux 51% avaient une histologie normale et 2% une inflammation bilharzienne [7].

Au Mali une étude a montré que la fréquence des appendicites aiguës est passée de 6,31% (1975) à 20,9% (2005) des urgences chirurgicales à l'Hôpital Gabriel TOURE [8].

A Gao en 2008, le syndrome appendiculaire était en tête des urgences abdominales chirurgicales avec 62% des cas [9].

A Ségou en 2009 l'appendicite représentait 26,0% des urgences chirurgicales chez

l'adulte ; et en 2013, elle représentait 3,4% des pathologies acquises chez l'enfant à l'Hôpital Nianankoro FOMBA [10, 11]

A ce jour, à notre connaissance aucune étude n'a encore été réalisée sur l'aspect histologique de l'appendicite aigue à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségo. Nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

## **OBJECTIFS**

### **Objectif Général :**

Etudier les appendicites aiguës dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

### **Objectifs Spécifiques :**

- Déterminer la fréquence hospitalière.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques.
- Déterminer les différentes lésions histologiques.
- Identifier les complications post- opératoires

# II. GENERALITES

## II GENERALITES

L'appendicite aiguë est une inflammation aiguë de l'appendice vermiculaire.

### 2.1. RAPPELS ANATOMIQUES

#### 2.1.1. RAPPELS EMBRYOLOGIE [12, 13, 3, 14]

A la sixième semaine de la vie intra utérine apparaît un renflement au niveau de l'intestin à proximité du canal vitellin. Le cæcum se développe au dépend de la branche inférieure de l'anse ombilicale sous forme d'un bourgeon.

Le diverticule du cæcum naissant de la paroi interne à 2 ou 3 centimètres en dessous de la jonction iléo colique limite supérieure du cæcum, l'appendice s'implante au point de départ des 3 bandelettes musculaires longitudinales du gros intestin. Ces 3 (trois) bandelettes antérieures, postéro externe, postéro interne déterminent des bosselures dont la plus volumineuse antéro-externe constitue le fond du cæcum Schématiquement il est possible de distinguer quatre (4) stades dans cette évolution :

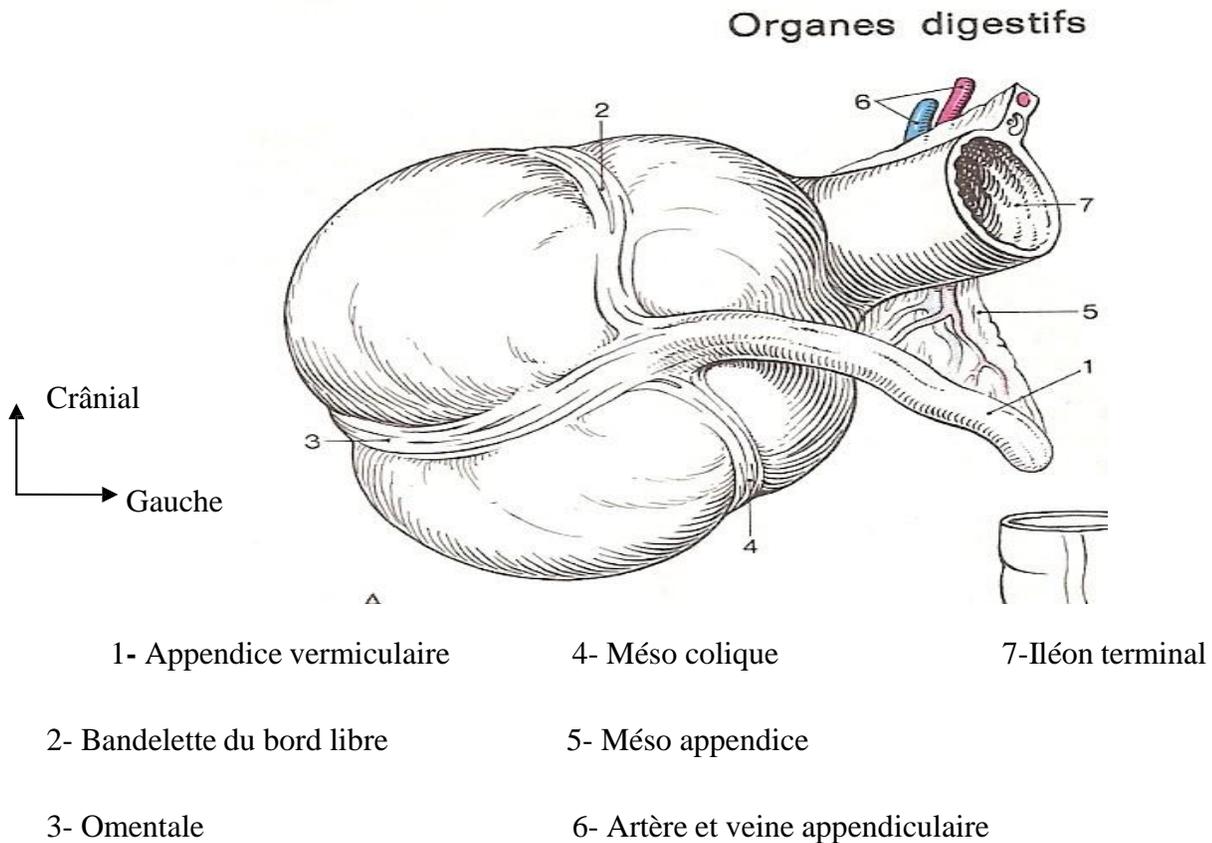
- **Stade 1** : de la dixième semaine à la douzaine semaine le cæcum à une forme conique.
- **Stade 2** : de la douzième semaine à la naissance le sommet du cône cæcal s'est transformé en appendice dont la base élargie en pavillon fait transition avec le cæcum.
- **Stade 3** : Chez le petit enfant il n'y a plus de zone de transition, la base de l'appendice est au sommet de la portion mobile du cæcum.
- **Stade 4** : Chez l'adulte, la base d'implantation est remontée en arrière le long du

bord interne du cæcum à 2,5 ou 3,5 centimètres de la jonction iléo colique. L'absence de développement du diverticule Cæcal est à l'origine d'hypoplasie ou même d'agénésie de l'appendice. D'autres malformations congénitales ont été décrites comme la duplication appendiculaire dans ce cas, peut exister soit deux lumières appendiculaires avec deux muqueuses et une musculature commune soit deux appendices séparés normaux ou rudimentaires.

## 2.1.2. ASPECT MACROSCOPIQUE

### 2.1.2.1. Morphologie [15, 16, 17]

L'appendice est un diverticule conique du Cæcum situé à 2 ou 3 cm au-dessous de la valvule iléo-caecale à la jonction des 3 bandelettes longitudinales du cæcum, long de 7 à 8 cm pour un diamètre de 4 à 8 mm, sa lumière s'ouvre dans le Cæcum par un orifice muni parfois d'un repli muqueux (la valvule de Gerlach) il est flexueux, divisé en deux segments : un segment proximal horizontal et un segment distal qui est libre.



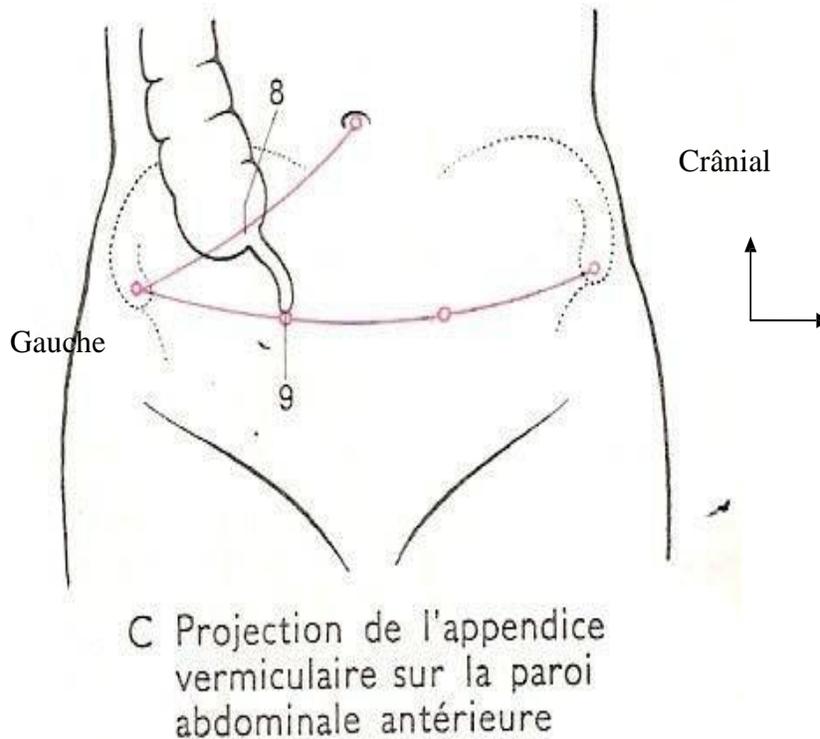
**Figure 1 : Cæcum et appendice vermiculaire, vue inférieure [18]**

### 2.1.2.2. Situation [19, 18]

La situation intra abdominale de l'appendice est variable selon la morphologie des sujets et la position du Cæcum.

Classiquement il se projette sur la paroi abdominale au niveau du point de **Mc Burney** (Point situé à l'union du tiers externe et des deux tiers interne d'une ligne unissant l'ombilic à l'épine iliaque antéro- Supérieure droite).

Dans le type descendant l'extrémité de l'appendice se projette à peu près au point de jonction du tiers droit et du tiers moyen d'une ligne joignant les deux épines iliaques antéro-supérieure (point de **Lanz**)



8 : Point de Mac Burney

9 : Point de Lanz

**Figure 2 : Projection de l'appendice sur la paroi abdominale antérieure [18]**

### **2.1.2.3. Moyen de Fixité [21]**

Mobile, l'appendice est maintenu lâchement au bord inférieur de l'iléon par le méso appendice, ce méso peut être court, long ou étroit

### **2.1.3. ASPET MICROSCOPIQUE (HISTOLOGIE) [13, 20, 22]**

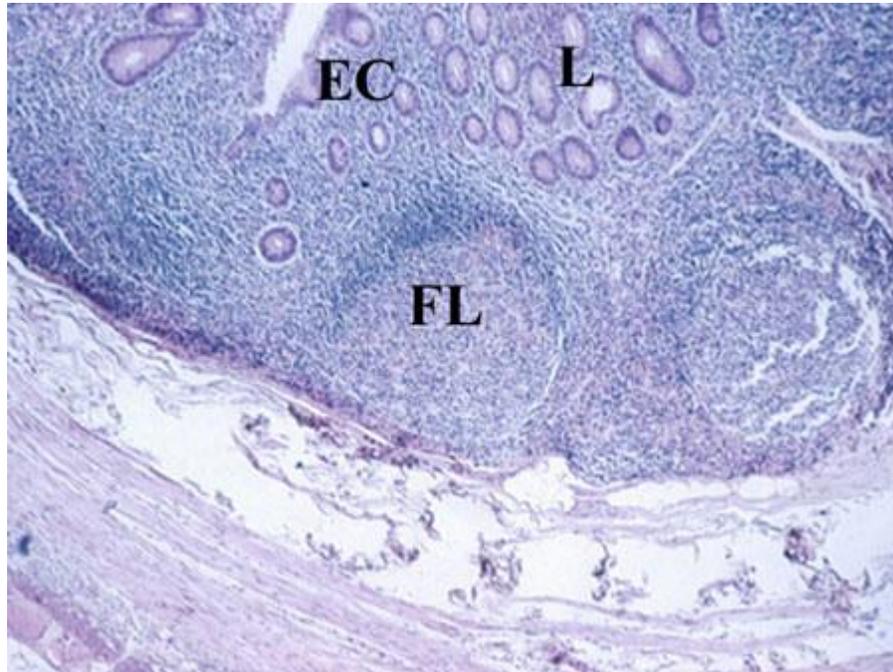
Les parois de l'appendice sont constituées de dehors en dedans par 4 tuniques :

- La séreuse péritonéale : interrompue par un mince liséré correspondant à l'insertion du méso appendice.
- La couche musculaire : longitudinale puis circulaire, cette couche musculaire bien développée dans son ensemble peut manquer permettant ainsi au tissu sous muqueux de rentrer directement en contact avec la séreuse.
- La Sous muqueuse : renferme de nombreux organes lymphoïdes qui font de l'appendice « L'amygdale intestinale ».
- La muqueuse : ressemble à celle du colon, exception faite de la rareté des éléments glandulaires.



**Figure 3 Appendice normal (très faible grossissement)[20]**

*Coupe transversale : organe arrondi, creux avec une lumière centrale*



**Figure 4 Appendice normal (faible grossissement) [20]**

*EC : épithélium cylindrique*

*L : glandes de Lieberkühn*

*FL : follicules lymphoïdes*

#### **2.1.4. ASPECT TOPOGRAPHIQUE [13, 23, 3]**

L'appendice peut avoir différentes positions en fonction du siège du Cæcum et de sa morphologie propre.

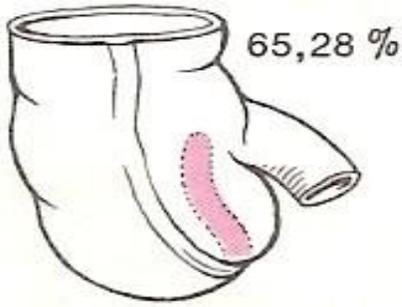
Le Cæcum migre habituellement de la fosse iliaque gauche à l'épigastre puis de l'hypochondre droit à la fosse iliaque droite entre la dixième et la vingtième semaine, ces variations positionnelles sont le résultat de la rotation de l'anse Ombilicale ainsi que l'accroissement du bourgeon Cæcal. Sa migration peut s'arrêter prématurément dans l'hypochondre droit (appendice sous hépatique : 3% des adultes) ou se poursuivre pour aboutir à un Cæcum en position pelvienne

(appendice pelvien : 30% des femmes et 16% des hommes)

Une mal rotation complète de l'anse intestinale primitive peut aboutir à un situs inversus avec appendice localisé dans la fosse iliaque gauche.

Le Cæcum étant en position normale : fosse iliaque droite (90% des cas), la position de l'appendice peut être variable et décrite comme suit:

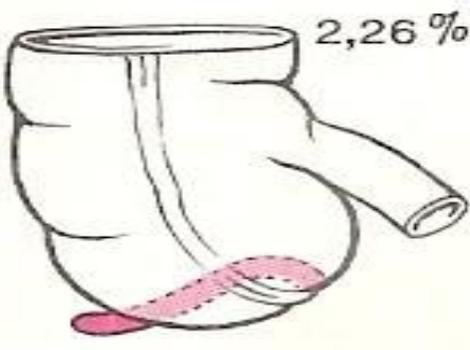
Position latéro cæcale ; rétro cæcale ; méso cœliaque (sus ou sous iléale



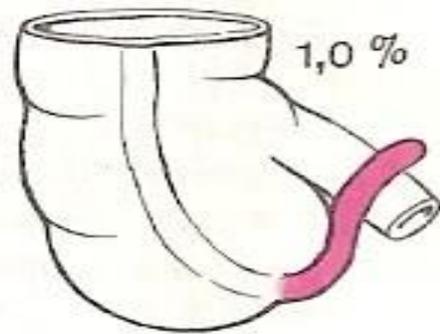
**Fig. 6 : Appendice rétro cœcal**



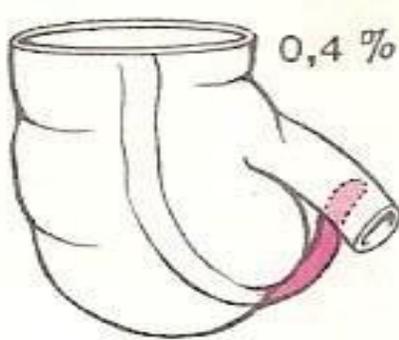
**Fig. 7: Appendice pelvien**



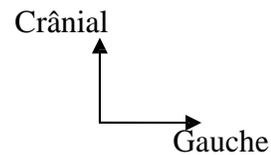
**Fig. 8 : Appendice para colique**



**Fig. 9 : Appendice méso cœliaque sus iléal**



**Fig. 10 : Appendice méso cœliaque sous iléal**



**VARIATIONS DE SITUATION DE L'APPENDICE VERMICULAIRE  
(d'après Wakeley) [18]**

### **2.1.5. RAPPORT DE L'APPENDICE [24, 21, 23]**

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

#### **2.1.5.1. Position latéro cæcale interne dite « normale » (70% de cas)**

Il répond :

En dedans : aux anses grêles,

En dehors : à la face latérale du Cæcum.

En avant : aux anses intestinales et à la paroi abdominale,

En arrière : à la FID aux vaisseaux iliaques externes et à l'uretère droit.

#### **2.1.5.2. Position rétro cæcale (25% des cas)**

Il est soit fixé par des adhérences péritonéales derrière le Cæcum soit libre non fixé derrière un Cæcum flottant ou descendant libre, soit sous séreux, localisé dans le mur Cæcal extrinsèque lui-même recouvert du péritoine. Ses rapports sont : le nerf crural, abdomino-génitaux, fémoro-cutané, le Psoas, l'uretère droit.

#### **2.1.5.3. Position méso cœliaque (1% des cas)**

Orienté en dedans, passe en arrière de la dernière anse grêle vers la face postérieure du mésentère.

#### **2.1.5.4. Position sous hépatique ou Position haute :**

L'appendice rentre en rapport avec le foie, la vésicule biliaire.

#### **2.1.5.5. Position pelvienne ou position basse : (5%)**

L'appendice est long et plonge dans la cavité pelvienne, il rentre en rapport avec :

la vessie, le rectum, l'utérus, la trompe droite l'ovaire droit, le ligament large

#### **2.1.6. FONCTION DE L'APPENDICE [1, 21, 3]**

Devant l'assertion de M. Fournier disant : « Que d'appendices ont quitté et quittent encore chaque jour une cavité abdominale où ils n'étaient peut-être pas tout à fait inutiles puisque la nature les y avait mis et où ils auraient beaucoup mieux fait de rester, nous posons la question de savoir si réellement l'appendice joue un rôle important dans l'organisme ».

Cependant la muqueuse appendiculaire est tapissée de revêtement glandulaire constitué essentiellement d'anthérocytes. La sous muqueuse contient des formations lymphoïdes qui jouent un grand rôle dans les mécanismes de défense. Le chorion muqueux contient un grand nombre de cellules immunocompétentes renfermant des 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. L'appendice étant un organe lymphoïde, on a pensé à un rôle immunologique possible de cet organe. Il en est de même lorsque certains auteurs avancent qu'un sujet privé de son appendice est plus qu'un autre menacé de l'éclosion ultérieure d'une tumeur maligne en quelque point de son organisme.

**BIERHANN** en 1966 a analysé une série de 1112 autopsies et a constaté que 35% des cancéreux avaient été appendicectomisés alors que l'intervention n'avait été faite que dans 24,3% des cas de malades décédés pour une autre cause que le cancer, la différence est encore plus nette lorsqu'on ne retient que les cancers d'organes voisins de l'appendice 42% des malades porteurs (décédés) de cancer colique avaient été en un moment quelconque de leur existence appendicectomisés et 84% des malades atteintes de cancer de l'ovaire l'avaient également été. « On peut donc se demander poursuit **BIERHANN**, jusqu'à quel point l'appendice considéré d'habitude comme dépourvu de toute fonction ne serait pas un élément de défense contre le cancer, la question est d'autant plus troublante qu'on est plus interventionniste chez les enfants, privant ainsi plus longtemps l'organisme de cet appendice moins inutile qu'on ne l'avait pensé » ici encore, il s'agit plus d'hypothèse que de certitude.

### **2.1.7. VASCULARISATION DE L'APPENDICE [21, 23]**

L'artère iléo colique ou colique inférieure droite se divise en deux branches :

- L'une colique, remontant le long du colon ascendant
- L'autre iléale, constituant avec la branche terminale de l'artère mésentérique supérieure l'arcade iléo colique.

De cette arcade naissent des artères terminales pour le Cæcum et l'appendice.

- L'artère cæcale antérieure passe en avant de l'iléon
- l'artère cæcale postérieure en arrière.

L'artère appendiculaire proprement dite se détache de l'artère cæcale postérieure ou de l'artère iléo colique. Elle passe derrière l'iléon et gagne le bord mésentérique de l'appendice. Soit en s'accolant à celui-ci près de sa base, puis en le suivant

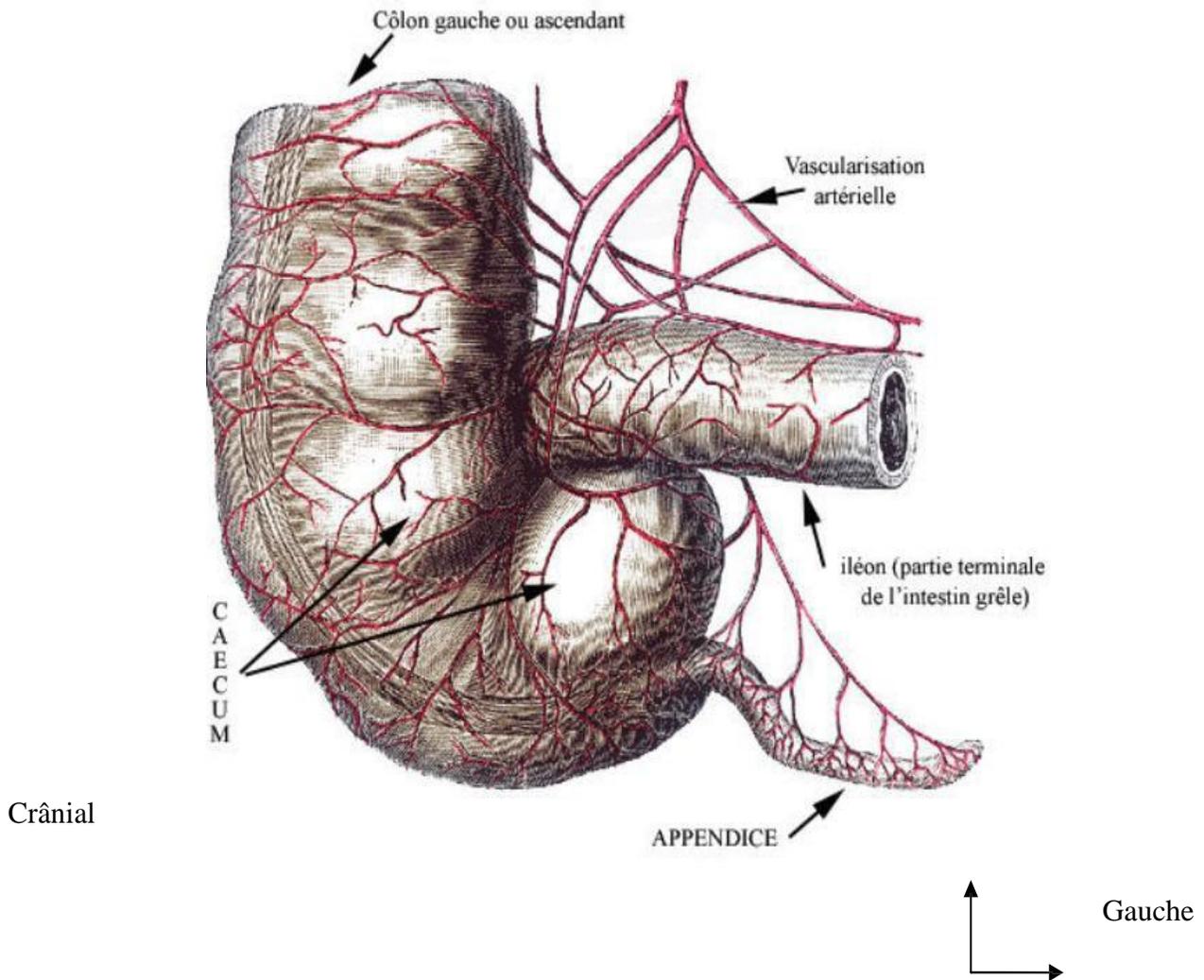
jusqu'à sa pointe soit le plus fréquemment en se rapprochant peu à peu de l'appendice qu'elle atteint au niveau de son extrémité distale.

Cette artère appendiculaire donne :

- une artère Co-appendiculaire pour le bas fond cæcal
- une artère récurrente iléo- appendiculaire inconstante se rendant vers l'iléon (qui rejoint la base d'implantation de l'appendice)
- des rameaux appendiculaires.

Toutes ces artères sont de type terminal.

La veine iléo-cæco-colo-appendiculaire se réunit à la veine iléale pour constituer un tronc 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.



**Figure11: Vascularisation iléo-cæco-appendiculaire [25]**

### **2.1.8. INNERVATION DE L'APPENDICE [17 ; 13]**

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

## **2.2. PHYSIOPATHOLOGIE [26 ; 27 ; 28]**

L'appendice iléo cæcal chez l'homme se remplit à partir du contenu Cæcal, quand celui-ci contient un produit de contraste, l'appendice dessine une image animée de mouvement de contorsion comme ceux d'un ver d'où le nom d'appendice vermiculaire.

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

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

Le renouvellement périodique de la muqueuse appendiculaire et les formations lymphoïdes dans la sous muqueuse assurent les mécanismes de défense de l'organe. L'appendice présentant des dispositions favorables à l'infection car ayant une lumière étroite et communiquant avec le colon à contenu septique, l'infection peut survenir selon 3 modalités :

- par voie hématogène
- par voie endogène
- par contiguïté

**2.2.1. Voie Hématogène :** sa porte d'entrée est située à distance et les germes atteignent l'appendice par voie sanguine.

Il s'agit d'une éventualité très rare que l'on peut rencontrer au cours de la grippe, infections pulmonaires angines, fièvre éruptives, typhoïde et certaines septicémies.

**2.2.2. Voie endogène :** L'obstruction appendiculaire est le mécanisme essentiel aboutissant à l'appendicite : la stase, la pullulation microbienne et

l'augmentation de la pression intraluminal entraînent une érosion de la muqueuse, appendiculaire, qui permet la pénétration des germes en très grand nombre dans la paroi, débordant ainsi les mécanismes de défense.

- Cette obstruction est due le plus souvent à:
  - Un stercolithe (noyau de matières fécales très dur)
  - Un bouchon muqueux
  - Un corps étranger
  - Une tumeur le plus souvent carcinoïde
  - Une bride ou une coudure
  - Des parasites (Schistosoma mansoni)
  - Des germes (colibacilles, streptocoque non hémolytique, les staphylocoques)

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

**2.3. ANATOMIE PATHOLOGIQUE [29 ; 21 ; 30]** L'inflammation de l'appendice peut se manifester par plusieurs aspects anatomopathologiques ; ces lésions peuvent se succéder de gravité croissante ou paraître d'emblée avec le maximum d'intensité.

On décrit :

**2.3.1 L'appendicite catarrhale :** l'appendice est rouge, hyperémié avec un

mésœdématisé, des infiltrats de polynucléaires et des ulcérations de petite taille.

**2.3.2 L'appendicite fibrineuse :** l'appendice est œdématisé avec des dépôts de fibrines.

**2.3.3 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 turgescent le méso épaissi. Il existe des infiltrats leucocytaires de la paroi, la lumière est remplie de pus, la réaction péritonéale est intense elle est de type séropurulent.

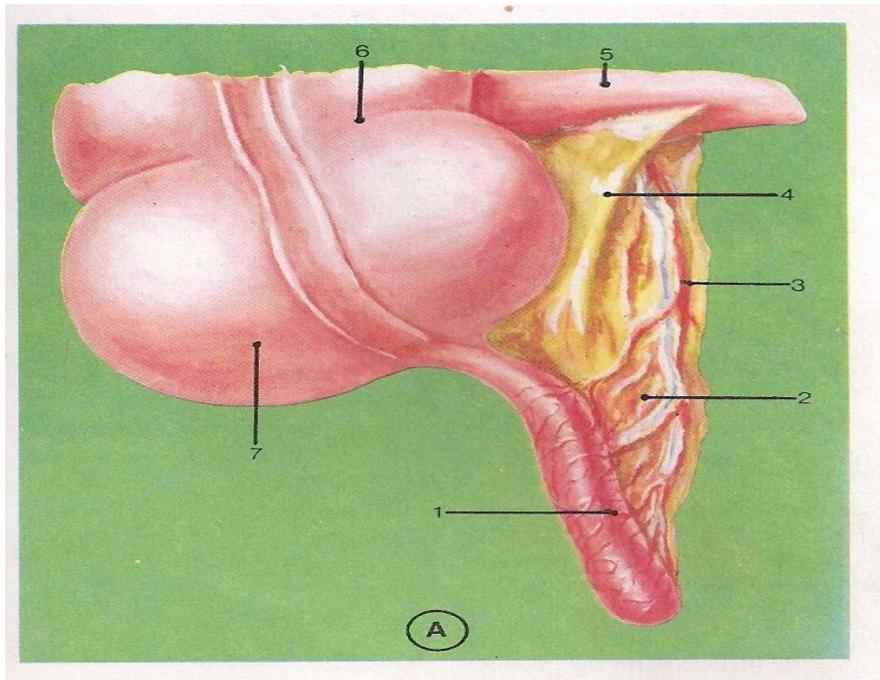
**2.3.4 L'appendicite gangreneuse :** l'œdème entraîne une thrombose vasculaire, l'appendice est verdâtre avec des plages de sphacèles noirâtres, il y a une nécrose appendiculaire localisée conduisant à la diffusion de l'infection ou à la perforation. La réaction péritonéale est sous forme d'exsudat louche malodorant, résultat du développement des germes anaérobies.

**2.3.5 L'abcès appendiculaire :** appendicite purulente avec du pus autour de l'appendice.

**2.3.6 Plastron appendiculaire :** forme particulière de l'abcès appendiculaire. Le pus est colonisé par des signes inflammatoires qui sont dus aux adhérences du grand épiploon et des intestins.

**2.3.7. La péritonite appendiculaire :** Survient après perforation de l'appendice elle correspond à la destruction des éléments de la paroi appendiculaire c'est l'abcès appendiculaire avec du pus qui a diffusé dans la

Appendicites Aigues : Aspect Epidemio-cliniques et Histologiques à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou  
grande cavité péritonéale, la réaction péritonéale est de type purulent.



Crânial  
↑  
→ Gauche

**Figure12 : Variétés anatomopathologiques d'appendice [31].**

**A : Appendice perforé**

- 1-Appendice 2-Méso appendiculaire
- 3-Artère appendiculaire 4-Fossette appendiculaire
- 5.Iléon terminale 6-Cæcum 7-Bas fond cæcal

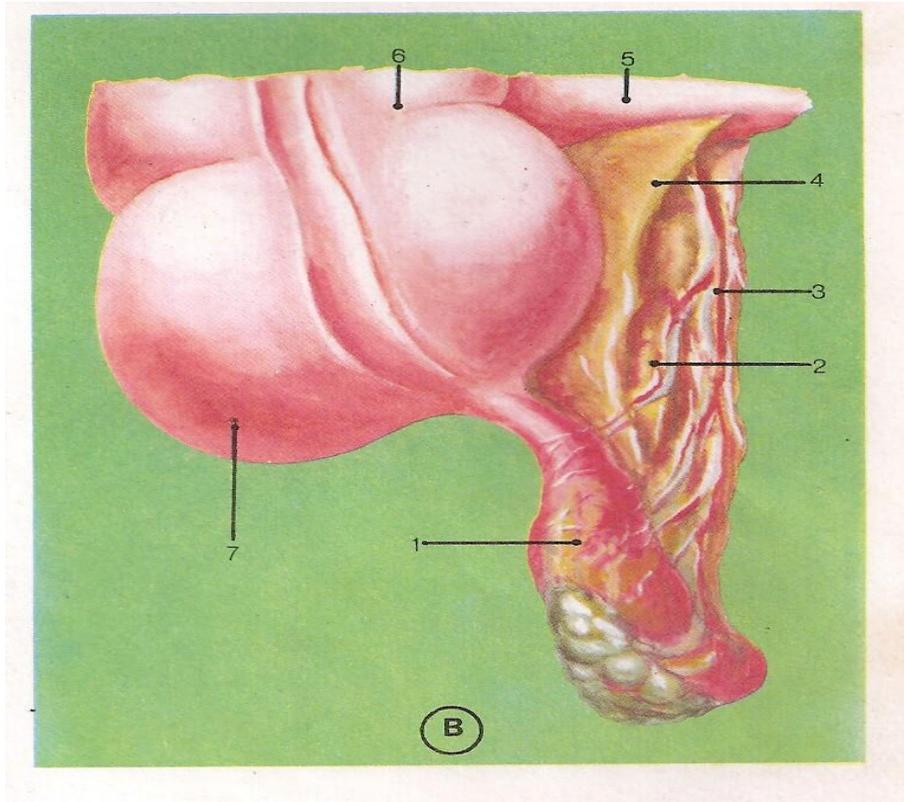


Figure13 : Variétés anatomopathologiques d'appendice [31].

**B : appendice gangréneux**

1-Appendice terminale

2-Méso appendice

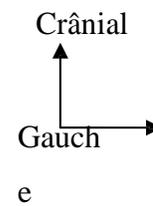
3-Artère appendiculaire cæcal

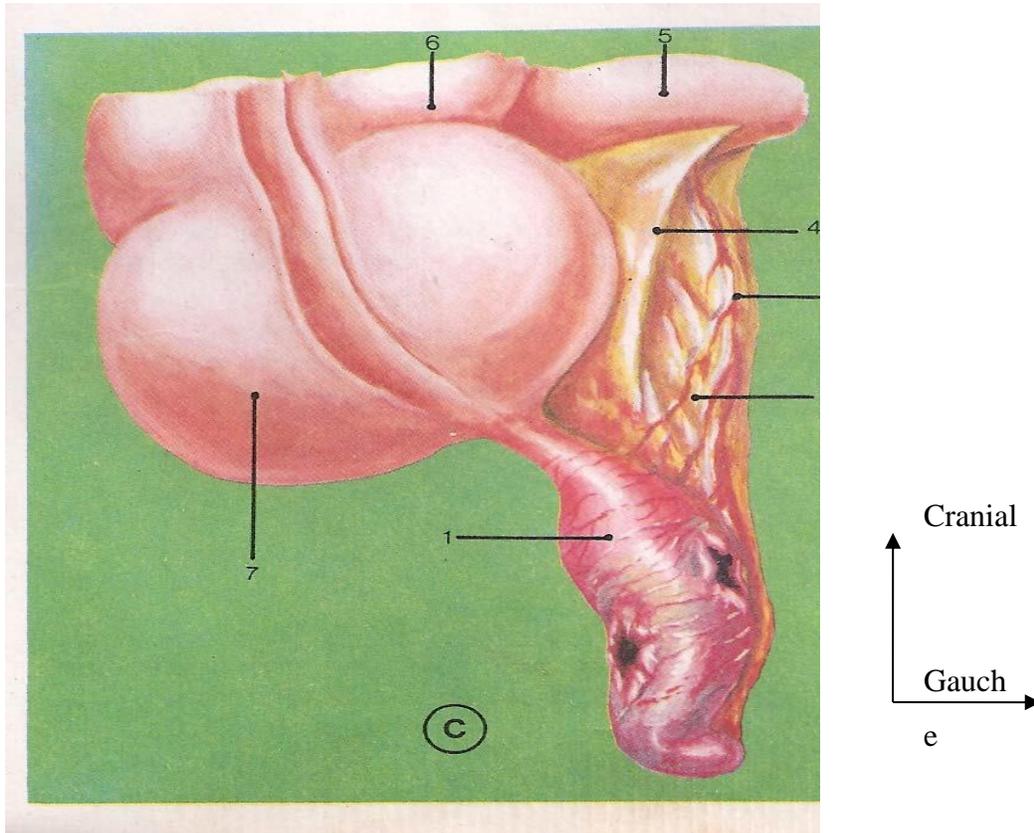
4-Fossette appendiculaire

5-Iléon

6- Cæcum

7-Bas fond





**Figure14 : Variétés anatomopathologiques d'appendice [31]**

**C : Appendice perforé**

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| 1-appendice               | 5-Iléon terminale |
| 2-Méso appendice          | 6-Cæcum           |
| 3-Artère appendiculaire   | 7-Bas fond cæcal  |
| 4-Fossette appendiculaire |                   |

## **2.4. ETIO-PATHOGENIE [32 ;33 ;21]**

Trois groupes sont à distinguer

### **2.4.1. Appendicites primitives non spécifiques :**

Elles sont dues à des aérobies hôtes normaux de l'intestin colibacille (80%) streptocoque non hémolytique.

Elles sont parfois en rapport avec une infection à anaérobie : Bacillus funduliformus, Clostridium perfringens. L'appendicite gangreneuse est la caractéristique clinique de cette forme.

### **2.4.2. Appendicites spécifiques :**

**2.4.2.1- L'appendicite tuberculeuse :** Elle est révélée par des granulations de la séreuse appendiculaire, il existe des formes locales qui peuvent évoluer vers la péritonite tuberculeuse.

**2.4.2.2- L'appendicite morbilleuse :** Elle est contemporaine à la rougeole caractérisée par la présence de cellules géantes de Warthin Finkelday.

**2.4.2.3 L'appendicite typhique :** Elle est caractérisée par des îlots lymphoïdes hypertrophiques contenant des cellules de Rind Fleish.

**2.4.2.4-Les appendicites accompagnant les adénolymphites mésentériques :**

Elles sont caractérisées par des îlots intra folliculaires suppurés et épithéloïdes.

### **2.4.3- Les appendicites d'accompagnements :**

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

- la présence d'un diverticule appendiculaire
- la présence d'une tumeur
- la présence d'un mucoécèle
- la présence de parasite dans une appendicite 35%.

## **2.5. CLINIQUE [29 ; 1 ; 30]**

**2.5.1. Type de Description :** forme typique de l'adulte jeune : la crise appendiculaire sur appendice en position normale de l'adulte jeune réalise un tableau **douloureux fébrile de la fosse iliaque droite.**

### **2.5.1.1. Signes Fonctionnels :**

- **Douleur :** C'est le principal signe de l'affection. Elle est d'apparition brutale « coups de poignard » [41] intense elle est souvent précédée de douleur plus ou moins vive et plus brève, voire d'un simple gêne ou d'épigastrie. Ailleurs elle peut être modérée au début et augmentée progressivement d'intensité.

Elle siège habituellement dans la fosse iliaque droite [FID], mais au début elle peut être diffuse ou localisée à l'épigastre.

### **- Les vomissements :**

Les vomissements attirent l'attention, mais ils peuvent être remplacés par un simple état nauséux.

### **- La constipation :**

Est classique, elle peut être remplacée par la diarrhée sans pour autant être le témoin de formes graves ou toxiques.

### **2.5.1.2- Signes généraux :**

Au début l'état général est bon, le faciès à peine angoissé, cependant la langue est saburrale et l'haleine désagréable, le syndrome infectieux est habituellement modéré : la fièvre oscille autour de 38° - 38,5 C, le pouls dans cette forme de gravité moyenne est en rapport avec la température, bien frappé, la tension artérielle est normale.

### **2.5.1.3- Signes physiques :**

- attitude du malade : figé à la démarche un peu penché à droite.

- inspection : absence de cicatrice dans la fosse iliaque droite.

- la palpation de la fosse iliaque droite retrouve une douleur provoquée et une défense associée au point Mac. Burney : c'est le signe de Blumberg en faveur du diagnostic dans 50% des cas. La douleur peut apparaître également par compression de la fosse iliaque gauche : signe de Rousing sa valeur diagnostique reste discutée.

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

## **2.5.2. AUTRES FORMES CLINIQUES :**

A côté de ce tableau typique, on décrit un très grand nombre de formes cliniques qui traduisent le polymorphisme de la maladie.

### **2.5.2.1. Formes Symptomatiques [21]**

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

**2.5.2.1.2. Appendicite Toxique :** correspond à une gangrène massive appendiculaire et associée à une AEG avec un état de choc. La survenue d'une anurie et d'un ictère marque l'évolution dramatique de cette forme, elle est fréquente chez l'enfant.

### **2.5.2.2. Formes selon le terrain [34 ; 26 ; 32]**

**2.5.2.2.1. L'appendicite du nourrisson :** caractérisée par sa rareté et son évolution rapide (la péritonite peut apparaître en moins de 24 heures) elle est grave parce que : le diagnostic peut être retardé

La contracture n'est pas toujours retrouvée même en cas de péritonite [37] 50% de mortalité avant l'âge de 6 mois)

**2.5.2.2.2. L'appendicite de l'enfant :** chez l'enfant la crise appendiculaire est plus ou moins typique, la fièvre peut être élevée ou au contraire absente. La diarrhée est fréquente, le tableau peut ressembler à une indigestion avec vomissement ou une pneumonie. La douleur peut siéger dans la fosse iliaque droite mais aussi dans 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.

#### **2.5.2.2.3. L'appendicite du vieillard**

Elle est caractérisée par : une évolution lente en général qui se fait vers un syndrome pseudo occlusif fébrile, soit une pseudo- tumeur inflammatoire péri appendiculaire [36, 43]. La mortalité est en rapport avec le terrain.

#### **2.5.2.2.4. L'Appendicite de la femme enceinte**

Les difficultés de diagnostic expliquent la fréquence de formes évoluées rencontrées en début de la grossesse, les vomissements et la douleur sont souvent attribués à une pyélonéphrite, d'une complication ou du siège ectopique de la grossesse

Au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse la douleur est rapportée à la grossesse les signes d'examen sont : la douleur est haute et isolée, sans vomissement ni fièvre, la défense est moins nette.

La contracture utérine est un signe classique de l'appendicite gravidique. Le toucher pelvien est douloureux.

### **2.5.2.3. Forme selon la localisation [29 ; 21 ; 30 ; 35]**

#### **2.5.2.3.1. L'appendicite pelvienne**

Elle se voit chez la femme non enceinte la douleur est le plus souvent brutale. Basse siégeant dans la région hypogastrique, elle s'accompagne de nausées, constipation, de fièvre avec une température située entre 37°- 37°,5 un pouls accéléré

Les signes pelviens sont marqués :

- troubles urinaires : dysurie, pollakiurie, parfois rétention d'urine
- signes rectaux : faux besoins, ténésme, diarrhée.

La fosse iliaque droite est indolore la douleur provoquée à la palpation est hypogastrique, la douleur latéro pelvienne droite est vive et constante au toucher pelvien. La biologie montre une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile. L'échographie pelvienne est d'un apport précieux pour le diagnostic.

#### **2.5.2.3.2. L'appendicite rétro cæcale**

L'existence d'une inflammation du muscle psoas ou Psoïtis est constant : le malade se présente en flexion antalgique de la cuisse droite, l'extension de la hanche entraîne une accentuation de la douleur.

L'examen du malade retrouve des douleurs latérales, postérieures parfois lombaires et une défense au contact de la crête iliaque droite. Cette forme pose un problème de diagnostic différentiel avec une colique néphrétique droite l'UIV peut trancher.

### **2.5.2.3.3. L'appendicite méso cœliaque**

Elle simule le tableau d'une occlusion fébrile du grêle ce tableau s'explique par la situation de l'appendice au milieu des anses grêles qui sont agglutinés autour du foyer infectieux. A l'examen les signes sont péri-ombilicaux, le diagnostic se fait le plus souvent en per opératoire.

### **2.5.2.3.4. L'appendicite sous hépatique**

Dans ce cas l'appendicite évoque une cholécystite aiguë, elle se manifeste par une douleur et une défense provoquée dans l'hypochondre droit, des nausées voire des vomissements, une constipation, une hyperleucocytose. L'échographie retrouve des voies biliaires normales sans calcul, elle fera suspecter le diagnostic et poser l'indication opératoire.

### **2.5.2.3.5. L'appendicite de la fosse iliaque gauche**

Elle est exceptionnelle. Elle reproduit dans la fosse iliaque gauche les signes retrouvés à droite dans la forme typique. Cette topographie est due à un situ inversus ou à un mésentère commun.

### **2.5.2.3.6. L'appendicite intra herniaire**

Elle simule un étranglement herniaire l'évolution se fait habituellement vers le phlegmon herniaire. C'est le plus souvent une découverte opératoire.

## **2.6. DIAGNOSTIC POSITIF [29 ; 1 ; 3]**

Le diagnostic positif de l'appendicite est clinique et / ou para clinique.

Une douleur voire une défense de la fosse iliaque droite associée à un état nauséux,

Appendicites Aigues : Aspect Epidemio-cliniques et Histologiques à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou  
des vomissements et une fébricule sont en faveur de l'appendicite. Les examens para cliniques sont demandés dans les cas douteux.

## **2.7. EXAMENS PARACLINIQUES**

### **2.7.1. Numération formule sanguine (NFS) [36 ; 37]**

Montre une hyperleucocytose (15 000 à 20 000/mm<sup>3</sup>) surtout à polynucléaires neutrophiles.

### **2.7.2. Echographie abdominale :**

L'échographie abdomino-pelvienne constitue un apport intéressant dans le diagnostic de l'appendicite

La sémiologie échographique de l'appendice a été bien précisée en différenciant les critères [3].

#### **- Critères majeurs**

- 1 Diamètre appendiculaire supérieur ou égal à 8 mm
- 2 Image en « Cocarde » à cinq couches à la coupe
- 3 Abscès appendiculaire
- 4 Stercolithe appendiculaire

**- Critères mineurs :**

- 1 Aspect en couche en coupe longitudinale,
- 2 Existence d'un liquide intraluminal,
- 3 Epanchement péri appendiculaire.

**- Les signes échographiques de l'appendicite selon Taboury:**

La paroi de l'appendice est dissociable en 3 plans, sauf dans un territoire de nécrose pariétale ou fistulisation.

Son extrémité peut être renflée avec une paroi épaisse et hypo écho gène.

Un Stercolithe appendiculaire est identifiable Existence d'un épanchement liquidien intrapéritonial, avec plages anéchogènes autour de la vessie et entourant les anses grêles [38]

**2.7.3. Abdomen sans préparation (ASP)**

Peut montrer un iléus paralytique ou des niveaux hydro-aériques dans la fosse iliaque droite. L'appendicite est également suspectée devant une grisaille, un Stercolithe dans la fosse iliaque droite [36]

**2.7.4. Lavement Baryté [13] : rarement utilisé**

Il est contre indiqué dans le cas de perforation appendiculaire, les signes d'orientation les plus fréquents sont :

- non visualisation de l'appendice ou remplissage imparfait

- irrégularité du bord interne du Cæcum
- refoulement du Cæcum
- déplacement de la dernière anse grêle

### **2.7.5. Cœlioscopie**

Elle permet une visualisation de l'appendice, une exploration des autres organes et surtout une meilleure exploitation de la sphère gynécologique chez la jeune femme afin d'éviter un certain nombre d'appendicectomie abusive.

## **2.8. EVOLUTION ET COMPLICATIONS**

L'évolution est imprévisible. Une régression spontanée peut survenir après la crise d'appendicite, mais cette régression spontanée est rare. La plupart du temps l'évolution se fait vers l'aggravation en quelques jours, parfois cette aggravation est entre coupée d'une accalmie traîtresse. L'aggravation peut se faire vers l'abcès, plastron ou vers la péritonite appendiculaire [30].

### **2.8.1. Abcès appendiculaire [1]**

Il s'agit d'appendicites négligées, méconnues ou favorisées par une antibiothérapie intempestive ou qui ont été refroidies par des antibiotiques.

### **2.8.2. La Péritonite appendiculaire [29 ; 13]**

La douleur initialement localisée s'étend en même temps que la défense, fait place à une contracture qui diffuse :

C'est la péritonite généralisée par diffusion ou par perforation

La péritonite généralisée d'emblée peut se présenter sous 2 formes :

### **2.8.2.1. La Péritonite franche aiguë purulente :**

Le diagnostic mal aisé prête à confusion avec une perforation d'organes creux.

- **Clinique :** Péritonite en un temps, elle correspond à une perforation appendiculaire en péritoine libre, la douleur est vive, début brutale, d'abord iliaque droite puis rapidement généralisée. Les signes infectieux sont sévères ; avec parfois diarrhée et vomissements

L'examen physique met en évidence

Un faciès septique, une température élevée à (40°C) Un pouls accéléré, faible et fuyant  
Une contracture abdominale généralisée et maximum dans la FID. Le toucher pelvien trouve une douleur partout dans le Douglas sur le plan biologique on retrouve une hyperleucocytose à polynucléaire l'ASP trouve parfois des niveaux hydro-aériques. L'évolution peut se faire vers la mort en quelques heures.

### **2.8.2.2. La péritonite Putride :**

Dans laquelle les signes d'une intoxication aiguë sont au 1<sup>er</sup> plan. Les signes locaux sont atténués, la douleur peut s'installer en deux temps, séparées par une accalmie Trompeuse puis soudain survient un syndrome péritonéal franc avec une altération de l'état général (AEG). C'est la péritonite en 2 temps.

Parfois il y a formation d'une collection purulente autour de l'appendice qui sera cloisonnée et isolée dans la fosse iliaque droite, il sera le siège d'un blindage dur, douloureux, mal limité c'est : le plastron appendiculaire.

### **2.8.3. Plastron appendiculaire**

Il correspond à l'agglutination du Cæcum des anses grêles de l'épiploon et du péritoine pariétal. On assiste à sa régression spontanée possible.

Quelque fois le plastron évolue vers le ramollissement central correspondant à l'apparition d'une collection suppurée, la fistulisation à la peau est possible avec guérison définitive [11].

Cette collection suppurée peut se rompre dans la grande cavité péritonéale c'est la péritonite en 3 temps.

## **2.9. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS [1 ; 21 ; 30 ; 3]**

L'appendicite aiguë peut faire évoquer beaucoup de pathologies médicales et chirurgicales ;

**2.9.1. Les pathologies Médicales:** les plus fréquemment évoquées sont :

- le paludisme
- l'hépatite virale
- les pneumopathies de la base droite
- les adénolymphites mésentériques
- la colique néphrétique droite
- intoxication alimentaire
- les parasitoses (ascaridiose, oxyurose)
- la colite
- chez la femme : les douleurs d'ovulation, les douleurs d'endométriose

**2.9.2. Les pathologies chirurgicales :**

Presque toutes les pathologies chirurgicales digestives peuvent se révéler par un syndrome pseudo- appendiculaire. En principe la mise en observation du malade doit

pouvoir orienter le diagnostic ainsi que les examens complémentaires. Mais dans certains cas c'est l'intervention chirurgicale qui redresse le diagnostic.

Il faut savoir éliminer :

- une cholécystite aiguë
- une perforation d'un ulcère gastro duodénal
- une sigmoïdite
- une péritonite par perforation typhique
- une diverticulite perforée du colon droit
- la maladie de crohn
- chez la femme : une salpingite droite, une grossesse extra-utérine droite (GEU), rupture d'un kyste fonctionnel de l'ovaire droit, Torsion d'un kyste de l'ovaire droit, complication d'une tumeur ovarienne droite.
- chez le vieillard : un cancer du Cæcum
- chez l'enfant : un diverticule de Meckel
- chez la vieille femme : une lithiase vésiculaire.

## 2.10. TRAITEMENT

### 2.10.1. But du traitement

Le but est l'appendicectomie pour éviter l'évolution vers les formes graves et compliquées.

### 2.10.2. Moyens : Méthodes

#### - Moyens : Médicaux et chirurgicaux :

\* **Méthodes médicales** : Il n'y a pas de traitement médical, le seul traitement est l'appendicectomie. [30]

Pour les formes compliquées

- **Péritonites**: nécessitent

Une réanimation médicale préopératoire

Mise en place d'une sonde gastrique aspirative

Une antibiothérapie

- **Plastron appendiculaire**: son traitement peut se faire par

Une réanimation médicale (perfusion, diète totale) La glace sur la FID

Une antibiothérapie

Une surveillance médicale rigoureuse

Si les troubles disparaissent totalement il faut faire l'appendicectomie trois mois

Appendicites Aigues : Aspect Epidemio-cliniques et Histologiques à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Sékou  
après, si les troubles persistent il faut faire l'appendicectomie « la main forcée».

**\* Méthodes chirurgicales :**

**2.10.3. Voies d'abord :** les principales sont [21]

- **Incision Mac Burney :** elle débute à environ 2 à 3 travers de doigt en dedans de l'aiguillon iliaque antéro supérieur et se termine à cheval sur la ligne ombilico spinale.
- **Incision de Jallaguié :** incision verticale au niveau du bord externe du grand droit.
- **Incision de roux :** débute à 2 travers de doigt au-dessus et en dedans de l'épine iliaque supérieur et se continue à deux centimètres (2cm) au-dessus de l'arcade crurale.
- **Incision de Max Schuller :** sur la ligne blanche externe
- **Voie Cœlioscopique :**

**2.10.4. Technique d'Appendicectomie [39 ; 21]**

**2.10.4.1. Appendicite aiguë non compliquée :** elle s'effectue classiquement par incision au point Mac Burney. L'incision doit être suffisante pour extérioriser l'appendice, le Cæcum et le grêle terminal. Après incision cutanée et sous cutanée l'aponévrose du grand oblique est incisée à l'obliquité du grand oblique.

Les bords de cette aponévrose sont écartés à l'aide de deux écarteurs de farabeufs laissant découvrir le muscle petit oblique dont les fibres sont perpendiculaires à celle du grand oblique. Le muscle ainsi que le transverse sous-jacent sont incisés parallèlement à leurs fibres. Incision du fascia transversalis sous-jacent et mise en place de deux écarteurs sur les bords de la dissociation, le péritoine apparaît, son

ouverture doit être prudente car le colon et l'intestin peuvent adhérer au péritoine. Il est saisi par une pince atraumatique, après chatouillement et ouverture superficielle par une moucheture au ciseau, les écarteurs sont ensuite introduits dans l'ouverture péritonéale pour l'élargir. L'opérateur procède ensuite à la recherche puis extériorisation de l'appendice.

- Appendicectomie proprement dite :

Une fois l'appendice abordé, le méso sera ligaturé et sectionné à sa base. La base appendiculaire sera écrasée puis une ligature est placée à cet endroit.

La section de l'appendice aura lieu entre la ligature et une pince distale. Le moignon sera bien désinfecté ou cautérisé.

Certains auteurs pratiquent l'enfouissement systématique du moignon appendiculaire, ils soutiennent que cette pratique isole le moignon septique de la cavité péritonéale et diminue le risque infectieux et celui des brides. D'autres condamnent plutôt cette pratique car pour eux la nécrose du moignon se faisant en vase clos elle entraîne la pullulation des germes qui favorise la perforation du bas fond Cæcal.

### **-Le drainage**

Le drainage après appendicectomie a des indications :

- abcès appendiculaire

- péritonite appendiculaire

- siège ectopique avec difficultés de dissection

- difficultés opératoires de fermeture Cæcale ou d'hémostase laissant craindre une suppuration ou une fistule post opératoire qu'il vaut mieux diriger.

Le drainage est donc une mesure de sécurité.

- **Fermeture :**

Se fait du plan profond à la peau, il faut :

- pratiquer la fermeture étanche du péritoine
- rapprocher les muscles petits obliques et transverses
- suturé le plan aponévrotique superficiel
- rapprocher le plan sous cutané et suturer par des points cutanés.

**2.10.4.2. Dans les appendicectomies difficiles :**

On peut s'aider de 03 techniques :

- *les ligatures en escalier* : procédé de Kushner applicable aux appendices fixés en profondeur, in extériorisables. On commence par placer une ligature sur un endroit accessible de l'appendice, puis on libère l'appendice pas à pas vers le profond
- *la voie rétrograde* : en cas d'appendice très adhérent, la visualisation de la base étant en général aisée, l'intervention se fait par section de l'appendice avec ligature. L'appendice est ensuite extériorisé et le méso ligaturé.
- *l'appendicectomie sous séreuse* : il s'agit après section partielle de la base appendiculaire, de trouver un plan de clivage sous muqueux de l'appendice qui sera enlevé, ses enveloppes restant en place.

- *Antibiothérapie :*

Les indications des antibiotiques restent discutées pour beaucoup d'autres surtout en

Europe, elle est inefficace si l'on veut refroidir les lésions et éviter l'intervention, elle est également inutile après une appendicectomie banale pour des lésions peu importantes.

Des rares cas de gangrènes pariétales, observés après appendicectomie et des formes cliniques sévères imposent une antibiothérapie adaptée aux normes de l'antibiogramme pratiqué sur les prélèvements opératoires.

### **2.10.4.3. La Cœliochirurgie**

L'intervention est faite habituellement sous anesthésie générale. Elle consiste d'abord à réaliser un pneumopéritoine par injection sous pression du Co<sub>2</sub> à l'aide d'un trocart à extrémité mousse permettant de faciliter l'exploration. 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 soigneuse du Co<sub>2</sub> pour diminuer les douleurs post opératoires, fermeture de l'orifice des trocarts. Selon des auteurs [39 ; 38 ; 40] elle présente plusieurs avantages par rapport à la chirurgie classique :

- exploration de la sphère gynécologique chez la jeune femme afin d'éviter un certain nombre d'appendicectomie abusive ;
- diminution des abcès de paroi et du risque d'éventration chez le sujet obèse ;
- dans les cas de variation topographique de l'appendice, elle évite l'agrandissement « à la demande » d'une voie iliaque droite classique ;
- en cas de péritonite généralisée elle permet de faire une toilette péritonéale complète et éviter ainsi une voie d'abord médiane en milieu septique ;

- diminution des complications post opératoire à long terme avec notamment moins de brides ;

- diminution du taux d'infection nosocomiale. Cependant elle présente des inconvénients qui sont :

Les troubles circulatoires, notamment l'embolie gazeuse, L'hypothermie per-opératoire

L'hypercapnie

Ces inconvénients peuvent être évités ou contrôlés par une technique rigoureuse [1,41].

## **2.11. RESULTATS ET PRONOSTIQUES**

### **2.11.1. Complications Post opératoires**

#### **2.11.1.1. Hémorragiques [21]**

- un tableau d'hypo volémie avec pâleur effondrement artériel, accélération du pouls en post opératoire immédiat doit faire évoquer un lâchage de la ligature du méso et nécessite une reprise chirurgicale et un drainage.

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

#### **2.11.1.2. Septiques [34 ; 21 ; 45]**

- **Abcès de la paroi** : survient volontiers après une appendicectomie sur appendice perforé ou gangréneux, cette complication est due à la contamination per opératoire de la paroi, elle ne nécessite que des soins locaux dans la majorité des cas, mais on peut être amené à pratiquer l'évacuation d'une collection purulente.

**-Abcès profond :** annoncé par la réapparition de la fièvre et des signes locaux d'irritation des organes de voisinage.

Son diagnostic est confirmé par l'échographie qui visualise une collection liquidienne. Le bilan biologique montre une hyperleucocytose chez l'enfant le traitement est médical : administration d'une antibiothérapie intraveineuse guidée par les prélèvements réalisés lors de l'intervention pendant 3 semaines avec contrôle échographique. Dans quelques cas cependant, il est indispensable de recourir à la chirurgie pour évacuer la collection profonde.

#### **- Fistules intestinales, Cæcales**

Il s'agit d'une nécrose infectieuse du Cæcum ou d'un traumatisme au cours des manœuvres opératoires. Elle s'extériorise par l'orifice du drainage ou la cicatrice.

Les fistules cæcales guérissent presque toujours sans nécessité une réintervention chirurgicale.

#### **- Les péritonites post opératoires (Syndrome du 5<sup>ème</sup> jour)**

Les signes cliniques sont :

\* apyrexie et émission de gaz des premiers jours post opératoires puis brusquement hyperthermique d'alarme (39°) entre le 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> jour.

\* fasciés péritonéal avec vomissement puis arrêt de matières et gaz et douleurs abdominales.

\* abdomen tendu, douloureux et défense dans la fosse iliaque droite hyperleucocytose (10-20 000 GB/mm<sup>3</sup>) avec polynucléose > 85%. Leur traitement nécessite une réintervention pour évacuer les produits septiques ou nécrosés, pratiquer un lavage minutieux de la cavité péritonéale, assurer un drainage efficace associé à un traitement médical.

### **2.11.1.3. Occlusions Post Opératoires**

Elles sont d'ordre mécanique :

- ***précoces*** : elles sont dues à des adhérences au niveau d'un foyer infectieux persistant
- ***tardives*** : elles sont exclusivement dues à des brides. Le traitement est tout d'abord médical puis chirurgical qui consiste à supprimer la cause mécanique de l'occlusion.

### **2.11.1.4. Les éventrations**

Ce sont des séquelles pariétales post opératoires qui s'observent surtout chez les patients obèses, leur réparation est chirurgicale [29]

**2.11.1.5. La Mortalité Post Opératoire** : La mortalité post opératoire est faible lors que l'appendicectomie est faite de façon précoce [0,1 à 0,25%) [39 ; 42].

# II. MATERIEL ET METHODES

## **III METHODOLOGIE**

### **3.1. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive mono centrique allant du 1<sup>er</sup> Décembre 2015 au 30 Novembre 2016 soit une période de un (1) an.

### **3.2. Cadre et lieu d'étude**

Notre étude a été faite dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

#### **3.2.1. Présentation géographique de la région de Ségou**

Ségou est la 4<sup>ème</sup> capitale régionale de la République du Mali, situé au centre du pays et arrosée par le fleuve Niger. La région de Ségou couvre une superficie de 60 947 km<sup>2</sup> pour 1697201 habitants. C'est une région où cohabite plusieurs ethnies telles que : Bambara, Bozo, Bobo, Malinké, Minianka, Sarakolé, Somono, Sonrhäi, Peulh etc.... avec une prédominance des Bambaras.

Elle est limitée au Nord par la République Islamique de Mauritanie, au Sud par la Région de Sikasso, au Sud-Est par la République de Burkina-Faso, à l'Est par les Régions de Tombouctou et Mopti, à l'Ouest par la Région de Koulikoro.

La région de Ségou compte une commune urbaine 116 communes rurales ayant chacune au moins un CSCOM (Centre de Santé Communautaire). On distingue deux (2) zones climatiques : la zone saharienne et la zone sahélienne.

Les activités économiques sont tournées vers l'agriculture, l'élevage, la pêche et le commerce.

### 3.2.2. Présentation de l'Hôpital Nianankoro FOMBA

Situé au centre de la ville, au bord de la route nationale n° 6 reliant Bamako aux régions de l'Est et du nord du Mali. Les premiers travaux de construction de l'hôpital ont débuté en 1939 juste avant le début de la Seconde Guerre Mondiale, il abritait alors un dispensaire et une maternité.

En 1962, l'établissement deviendra [Hôpital Secondaire]. Il porta le nom de feu Nianankoro FOMBA le 23 février 1985. Actuellement c'est l'hôpital régional de première référence au niveau du district sanitaire de Ségou, la deuxième référence au niveau régional. L'hôpital regroupe :

▪ **Un service de gestion administrative** qui comprend:

- Un bureau des entrées
- Un bureau de comptabilité et gestion
- Un service social
- Une direction
- Une unité d'appui regroupant la cuisine un service d'entretien

▪ **Des services techniques:** constitués par:

- ✚ Un service de chirurgie générale (homme et femme) avec 44 lits
- ✚ Un service de médecine générale
- ✚ Un service de Traumatologie auquel est associé un service de Kinésithérapie
- ✚ Un service d'Urologie

- ✚ Un service de Gynéco-obstétrique
- ✚ Un service de Pédiatrie
- ✚ Un service d'Ophthalmologie
- ✚ Un service d'Oto-rhino-laryngologie
- ✚ Un service d'Odontostomatologie
- ✚ Un service de garde avec 6 lits
- ✚ Un service de cardiologie
- ✚ Un service d'Anesthésie réanimation avec 6 lits associés au bloc opératoire composés de 4 salles d'opérations et une salle de stérilisation
- ✚ Un Laboratoire d'analyses biomédicales
- ✚ Un service de Radiologie
- ✚ Une Pharmacie hospitalière
- ✚ Un bâtiment fonctionnel pour les femmes porteuses de fistule obstétricale
- ✚ Une Box de consultations externes
- ✚ Une morgue associée a un service de Médecine Légale

**3.3. Patients :** La population d'étude était faite de patients opérés d'appendicite aigue à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

**3.3.1. Critères d'inclusion :** ont été inclus dans notre étude les patients présentant :

- Une appendicite aiguë confirmée par l'histologie pendant notre période d'étude

- Un plastron appendiculaire

- Un abcès appendiculaire

### **3.3.2. Critères de non inclusion :** n'ont pas été inclus dans notre étude :

- Tous les cas d'appendicites avec un dossier médical incomplet.

- Les cas d'appendicectomie qui n'ont pas fait l'objet d'examen anatomopathologique.

## **3.4. Méthodes**

### **3.4.1. Collecte des données :**

Pour la collecte des données, les supports suivants ont été utilisés :

- Une fiche d'enquête sous forme de questionnaire

- Les dossiers médicaux des patients

- Le registre du protocole opératoire

- Le registre d'hospitalisation

- Le registre de compte rendu d'anatomie pathologique

### **3.4.2. La saisie et l'analyse des données :**

- La saisie des données a été faite sur le logiciel WORD et analysées par Epi-Info version 3.5.1.

# IV. RESULTATS

## 4.1. Fréquence

**Tableau I : Fréquence des appendicites aigues dans le service de chirurgie générale**

<b>Pathologie chirurgicale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Hernie (ombilicale-inguinale)	131	26,7
Occlusion intestinale	77	15,7
Péritonite	74	15,1
<b>Appendicite aiguë</b>	<b>72</b>	<b>14,5</b>
Hemoperitoine	24	4,9
Adénome de la prostate	19	3,8
FVV	19	3,8
Eventration post-operaatoire	14	2,8
Abcès et Necrosectomie	14	2,8
Lithiase vésicale et sténose du col vésical	9	1,8
Hémorroïde et fistule anale	9	1,8
Hydrocèle	8	1,6
Perforation digestive non appendiculaire	6	1,3
Abcès du foie	5	1,0
Splénomectomie	5	1,0
Cholécystite	4	0,8
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>100</b>

Les appendicites aigues ont occupé la quatrième place dans l'activité chirurgicale du service avec une fréquence de **14,52%**

**Tableau II : Fréquence par rapport aux urgences chirurgicales**

<b>Pathologie chirurgicale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Occlusion intestinale	77	23,91
Péritonite	74	22,98
<b>Appendicite Aigue</b>	<b>72</b>	<b>22,36</b>
Hernie étranglée	46	14,28
Hemoperitoine	24	7,45
Thrombose hémorroïdaire	9	2,8
Perforation digestive non appendiculaire	6	1,86
Abcès du foie	5	1,55
Splénectomie	5	1,55
Cholécystite aigue	4	1,24
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

Les appendicites aigues étaient au troisième rang des urgences chirurgicales avec **22,36 %**

## 4.2. Aspects sociodémographiques

**Tableau III : Répartition selon la tranche d'âge**

<b>Tranche d'âge (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
6 - 15	12	23
<b>16 - 25</b>	<b>14</b>	<b>26,4</b>
<b>26 - 35</b>	<b>14</b>	<b>26,4</b>
36 - 45	5	9,4
46 - 55	5	9,4
56 - 65	2	4
66 - 72	1	2
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

L'âge moyen était de **27,92±14,92** ans avec des extrêmes de **7** et **72** ans

**Tableau IV : Répartition selon le sexe**

<b>Sexe</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Féminin	17	32,1
<b>Masculin</b>	<b>36</b>	<b>67,9</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Le sexe ratio a été de **2,1** en faveur des hommes

### Tableau V : Répartition selon la profession des patients

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Elève - étudiant</b>	<b>18</b>	<b>23,1</b>
Cultivateur	12	34,6
Femmes au foyer	9	17,3
Autres	6	11,5
Fonctionnaire	4	7,7
Commerçant	1	1,9
Militaire	1	1,9
Ouvrier	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Les élèves et étudiants ont constitués **23,1%** de nos patients.

**Autres** : Réparateur= 1, Monitrice= 1, Orpailleur= 1, Hygiéniste= 1, Ménagère=1, Mendiant=1

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

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bambara</b>	<b>25</b>	<b>47,2</b>
Peulh	7	13,2
Minianka	6	11,3
Malinké	4	7
Bobo	3	5,7
Bozo	3	5,7
Dogon	3	5,7
Sonrhäï	1	1,9
Autres	1	1,9
Sarakolé	0	0
Senoufo	0	0
Somono	0	0
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients était d'ethnie **Bambara** avec **47,2%**

**Autres** : Samos

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

<b>Provenance</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(% )</b>
<b>Ségou</b>	<b>38</b>	<b>71,7</b>
Niono	6	11,3
San	4	7,5
Baraouli	2	3,8
Bla	1	1,9
Autres	1	1,9
Macina	0	0
Markala	0	0
Tominian	0	0
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients étaient de Ségou avec **71,7%** des cas.

**Autres:** Bamako

**Tableau VIII : Répartition des patients selon le niveau d'alphabétisation**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage ( % )</b>
<b>Primaire</b>	<b>20</b>	<b>37,7</b>
Illettré	17	32,1
Secondaire	10	18,9
Supérieur	3	5,7
Elevé coranique	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux personnels**

<b>ATCD Personnel</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Aucun</b>	<b>44</b>	<b>83</b>
Bilharziose urinaire	3	5,7
Asthme	2	2,8
Epilepsie	2	2,8
Ulcère gastroduodéal	2	2,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Un antécédent médical était observé chez **9** de nos patients soit **14,1%** des cas.

### 4.3. Aspects cliniques

**Tableau X : Répartition des patients selon le mode de recrutement**

<b>Mode de recrutement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage ( % )</b>
<b>Urgence</b>	<b>37</b>	<b>69,8</b>
Consultation externe	13	24,5
Adressé	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients étaient reçus en urgence avec une fréquence de **69,8%**

### 4.3.1 Signes fonctionnels

**Tableau XI : Répartition selon le mode de début de la douleur**

<b>Mode de début de la douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Brutal</b>	<b>47</b>	<b>88,7</b>
Progressif	6	11,3
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La douleur d'installation brutale était la plus fréquente soit **88,7%** des cas.

**Tableau XII : Répartition des patients selon le siège de la douleur**

<b>Siège de la douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Fosse iliaque droite</b>	<b>43</b>	<b>81,1</b>
Hypogastrique	5	9,4
Periombilical	3	5,7
Diffus	2	3,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La douleur était localisée dans la FID dans **88,1%** des cas.

**Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de douleur**

Type de douleur	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Pongitive</b>	<b>30</b>	<b>56,6</b>
Térébrante	22	41,5
Lancinante	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Tableau XIV : Répartition des patients selon l'irradiation de la douleur**

Irradiation de la douleur	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Fixe</b>	<b>35</b>	<b>66</b>
Diffuse	10	18,9
Pelvienne	5	9,4
Postérieure	2	3,8
FIG	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La douleur appendiculaire était fixe dans **66%** des cas.

**Tableau XV : Répartition des patients selon les facteurs calmants**

<b>Facteurs améliorants</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Antalgique</b>	<b>25</b>	<b>47,1</b>
<b>Aucun</b>	<b>25</b>	<b>47,1</b>
Antalgique + vessie de glace	1	1,9
Repos + vessie de glace	1	1,9
Repos + vessie de glace +antalgique	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La douleur a été calmée par des antalgiques chez **47,1%** des patients.

**Tableau XVI : Répartition des patients selon la périodicité de la douleur**

<b>Périodicité de la douleur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Permanente</b>	<b>50</b>	<b>94,3</b>
Intermittente	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La douleur était permanente dans **94,3%** des cas.

**Tableau XVII : Répartition selon la durée d'évolution avant l'opération**

<b>Durée d'évolution préopératoire (jour)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>0-10</b>	<b>48</b>	<b>90,6</b>
11-20	4	7,5
21-30	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon les autres signes fonctionnels**

<b>Autres signes fonctionnels</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Nausées	23	43,4
Vomissements	11	20,8
Aucun	7	13,2
Troubles urinaires	5	9,4
Arrêt des matières et des gaz	4	7,5
Diarrhée	2	3,8
Constipation	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Les nausées et vomissements étaient présents dans **64,2%** des cas

#### 4.3.2 SIGNES GENERAUX

**Tableau XIX : Répartition des patients selon la température corporelle**

<b>T° (en degrés Celsius)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>≥38°5</b>	<b>27</b>	<b>51,9</b>
36° - 37°5	18	34,6
37°6 – 38°	7	13,5
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

L'hyperthermie était présente dans **51,9%** des cas.

### 4.3.3 Signes physiques

**Tableau XX : Répartition des patients selon les signes physiques**

<b>Signes physiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Signe de Blumberg</b>	<b>31</b>	<b>58</b>
Défense de la FID	21	40
Masse de la FID	1	2
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Le signe de Blumberg était présent chez **31** de nos patients soit **58%**

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

<b>Diagnostic préopératoire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Appendicite aigue</b>	<b>33</b>	<b>62,3</b>
Abcès appendiculaire	13	24,5
Péritonite appendiculaire	6	11,3
Plastron appendiculaire	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Le diagnostic pré opératoires étaient en faveur de l'appendicite aigue dans **62,3%** des cas.

**Tableau XXII : Répartition des patients selon la classification A.S.A.**

La majorité de nos patients ont été classés **ASA1**, soit **83%** des cas.

#### 4.4. TRAITEMENTS

**Tableau XXIII : Répartition des patients selon le mode de traitement**

<b>Mode de traitement</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Chirurgical</b>	<b>52</b>	<b>98,1</b>
Médical puis chirurgical	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Le traitement chirurgical a été effectué **98,1%** des cas.

**Tableau XXIV : Répartition des patients selon le type anesthésie**

<b>Type d'anesthésie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Anesthésie générale</b>	<b>51</b>	<b>96,2</b>
Rachi anesthésie	2	3,8
Péridurale	0	0
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

L'anesthésie générale(AG) a été réalisée chez 51 patients soit **96,2%** des cas.

**Tableau XXV : Répartition des patients selon la voie d'abord**

<b>Voie d'abord</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Incision de McBurney</b>	<b>25</b>	<b>47</b>
Incision para rectale	18	34
Incision médiane sus et sous ombilicale	10	19
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La voie d'abord a été atypique dans **53%** des cas.

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

<b>Siège de l'appendice</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Pelvien</b>	<b>45</b>	<b>84,9</b>
Retro caecal	5	9,4
Méso cœliaque	3	5,7
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Tableau XXVII : Répartition selon l'aspect macroscopique**

<b>Aspect macroscopique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Appendicite catarrhale</b>	<b>19</b>	<b>35,8</b>
Appendicite phlegmoneuse	18	34
Appendicite perforée	6	11,3
Appendicite gangreneuse	5	9,4
Abces appendiculaire	2	3,8
Péritonite appendiculaire	2	3,8
Mucocèle appendiculaire	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

L'aspect catarrhal de l'appendicite aigue représentait **35,8%** des appendicectomies.

**Tableau XXVIII : Répartition selon la taille de l'appendice**

<b>Taille (en cm)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<5	19	35,8
<b>5-10</b>	<b>30</b>	<b>56,6</b>
≥10	4	7,5
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

La majorité des pièces opératoire avaient une taille comprise entre **5-10 cm** soit **56,6%** des cas

**Tableau XXIX : Répartition selon l'aspect microscopique**

<b>Aspect microscopique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Non spécifique</b>	<b>48</b>	<b>90,6</b>
Parasitaire( <b>Schistosoma</b> )	4	7,5
Tumeur( <b>Mucocèle</b> )	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

L'examen histologique a été non spécifique dans **90,6%** des cas.

#### **4.5 Evolutions et complications**

**Tableau XXX : Répartition des patients selon les suites opératoires**

<b>Suite opératoires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Simple</b>	<b>40</b>	<b>75,5</b>
Complicées	13	24,5
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

**Tableau XXXI : Répartition des patients selon le type de complication**

Type complication	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Aucune</b>	<b>40</b>	<b>75,5</b>
Suppuration pariétale	12	22,6
Décédé	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Les complications à types de suppurations pariétales ont représenté **75,5%** des cas.

**Tableau XXXII : Répartition selon durée d'hospitalisation**

Durée d'hospitalisation (jour)	Effectif	Pourcentage(%)
<b>0-10</b>	<b>48</b>	<b>90,6</b>
11-20	4	7,5
21-30	1	1,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

# V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 5.1. Méthodologie

Notre étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Nous avons colligé **53 cas** d'appendicite aigue sur une période d'un (1) an

L'un des problèmes rencontré était la réalisation de l'examen histologique car nous ne disposons pas de ce service à Ségou et l'acheminement vers Bamako (Point-G) étant souvent difficile, le faible pouvoir d'achat de la population rurale de Ségou.

### 5.2. Fréquence

Au cours de notre période d'étude **489** interventions chirurgicales ont été réalisées dont **322 cas** d'urgences chirurgicales. Nous avons recensé **71 cas** d'appendicite aigue dont l'histologie a été réalisée chez 53 patients soit **14,52%** de l'activité chirurgicale du service et **22,04%** des urgences chirurgicales.

L'appendicite occupait le **3eme** rang des urgences chirurgicales dans notre étude. Ce résultat se rapproche de celui de **Yalcouye.Y [44]** qui a rapporté que l'appendicite occupe le **2ème** rang des urgences chirurgicales à l'hôpital de Sikasso.

Par contre, à Markala (Mali) **Diarra M. [56]** et en France **Rohrs et coll. [3]** ont classé le syndrome appendiculaire aigu en tête des étiologies des urgences chirurgicales abdominales.(p=0,53)

### 5.3. Aspects sociodémographiques

#### 5.3.1. Age

**Tableau XXXII : Age moyen des patients selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Age moyen</b>
<b>Diop PS, 2008 Sénégal [60]</b>	29	30,2
<b>Yong IL, 2006 Chine [49]</b>	97	34
<b>Maiga IE, 2009 Mali [10]</b>	104	27
<b>Notre étude</b>	53	27,9

L'appendicite est surtout une maladie des sujets jeunes, rare chez le sujet âgé [39,45,46].

La majorité de nos malades était jeune de (**16 à 35 ans**). L'âge moyen de nos patients était de **27,92 ans**. Cette notion de jeune âge retrouvée aussi par d'autres auteurs [10,49] est en accord avec la littérature générale [39].

Il faut insister sur les difficultés diagnostiques de l'affection chez le jeune enfant et le vieillard.

#### 5.3.2. Sexe

Nous avons trouvé un sexe ratio de **2,1** en faveur des hommes. Dans plusieurs études [46, 28, 48, 51,61], comme la nôtre, la prédominance masculine a été la règle. Les explications de cette prédilection masculine restent controversées et certaines études ont montré le contraire [45,40]. Cela résulte probablement des modes différents de recrutement des malades, selon les services

### 5.3.3 Provenance

La majorité de nos malades (71,7%) résidait à Ségou, suivi de Niono (11,3%), San (7,5%) , Baraouéli(3,8%), Bla(1,9%) et à Bamako(1,9%). La prédominance de Ségou s'expliquerait par l'influence du lieu d'étude, les autres localités concernées avaient référé les formes compliquées pour insuffisance du plateau technique chirurgical.

## 5.4. Aspects cliniques

### 5.4.1. Signes fonctionnels

Tableau XXXIII : Fréquence du siège de la douleur

Auteurs sièges de la douleur	Harouna Y.et coll Niger 2007[2]	Chavda Kenya 2005[48]	Notre etude	Valeur statistique de p
FID	80%	62,2%	81,1%	P=0,86
Epigastrique	-	5,5%	-	-
Pelvien	1%	5,5%	9,4%	P<0,05
Sous costal droit	1%	4,1%	-	-
Peri ombilical	-	-	5,7%	-
Diffus	2%	-	3,8%	P=0,72
Inguinal	-	-	-	-

Classiquement la douleur appendiculaire siège dans la fosse iliaque droite et constitue le maître symptôme de l'appendicite.

Au cours de notre période d'étude la FID a été le siège le plus fréquent de la douleur (**81,1%** des cas), comme l'atteste les données de la littérature et les études réalisées au **Kenya** avec une fréquence de **62,2%** [48] et au **Niger** elle était de **80%** [2].(p=0,86)

Néanmoins le siège atypique de la douleur comme chez certains de nos patients ne doit pas faire écarter le diagnostic, ce d'autant plus que le sujet est jeune.

#### **5.4.1.1. Irradiation de la douleur :**

Nous avons trouvé une douleur localisée dans la fosse iliaque droite sans aucune irradiation chez **54,7%** de nos patients. Dans **45,3%** des cas elle était sans irradiation. Selon la littérature l'irradiation de la douleur appendiculaire est rare. Ainsi sa présence doit faire évoquer une autre pathologie ou une complication [3].

#### **5.4.2 Autres signes fonctionnels**

**Tableau XXXIV : répartition des autres signes fonctionnels selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Maiga IE.</b>	<b>Hartwing K.</b>	
<b>Siege fonctionnels</b>	<b>Mali 2009[10]</b>	<b>Norvège 2000[50]</b>	<b>Notre série</b>
Nausée	48%	72%	43,4% p=0,57
Vomissements	61,5%	72%	20,8% p<0,05
Constipation	25%	-	1,9% p<0,05
Diarrhée	4,8%	-	3,8% p=0,91
Arrêt des matières et gaz	7,7%	-	7,5% p=0,77
Trouble urinaire	19,4%	-	9,4% p=0,11

Habituellement la douleur appendiculaire s'accompagne de troubles digestifs à type de vomissements ou de nausées.

Les vomissements attirent l'attention, mais peuvent être remplacés par un état nauséux. Cette notion est retrouvée dans plusieurs séries [10,50] comme la nôtre ( $p=0,57$ ). La constipation n'a aucun intérêt diagnostique et peut être remplacée par la diarrhée, ces signes ont représenté respectivement **1,9% et 3,8%** chez nos malades.

Les troubles urinaires à type de dysurie, pollakiurie ou rétention aiguë d'urine ont été signalés dans **9,4%** des cas chez nos patients, ils se retrouvent le plus souvent dans les appendicites pelviennes [3].

### **5.4.3. Signes généraux**

Classiquement on retrouve une fébricule chez les malades ayant une appendicite aiguë. Il s'agissait en moyenne d'une température autour de (**38-38,5°C**). Dans notre étude elle a été retrouvée dans la majorité des cas (**51,2%**). Cette notion a été rapportée par **Coulibaly M. [29]** et **Yalcouye Y [44]** qui ont retrouvé respectivement **58,5%** dans une série de **253 cas** et **51,9%** dans une série de **103 cas**.

Une température normale peut s'accompagner de lésions anatomiques sévères dans l'appendicite aiguë, ceci traduit l'absence de parallélisme anatomo-clinique, par contre la présence de forte fièvre (39-40°C) est un signe de complication.

#### 5.4.4. Signes physiques

**Tableau XXXV : Fréquence des signes physiques selon les auteurs**

Autres	Diarra M.	Yusuf. MF et coll.	Notre série
Sièges physiques	Mali 2016[56]	1979[51]	
Signe de Blumberg	98,1%	-	<b>58% p&lt;0,05</b>
Siege de Rowsing	97,1%	-	-
Psoitis	-	-	-
Défense de la FID	9,7%	-	<b>21% p=0,19</b>
Contracture abdominale	8,7%	4,5%	-
Masse dans la FID			<b>2%</b>
Toucher pelvien douleur	82,5%	45%	<b>79,24% p=0,61</b>
Douleur provoquée FID	-	91%	-

Trois signes physiques sont essentiels au diagnostic de l'appendicite [3] :

La douleur provoquée dans la fosse iliaque droite,

La défense dans la fosse iliaque droite,

La douleur au toucher pelvien.

- La douleur provoquée dans la FID peut être vive, localisée au point de Mac Burney ou au contraire étalée et plus sourde. Sa persistance lors des examens successifs même en l'absence de tout autre signe peut être en faveur du diagnostic d'appendicite aigue. Elle a été notée dans **58%** des cas chez nous, **98,1%** rapportée par **Diarra M. [56]**, **91%** rapporté par **Yusuf. M et coll. [51]**. Cette douleur peut être révélée par diverses manœuvres : le signe de **Blumberg** il s'agit

d'une douleur apparaissant à la décompression brutale de la FID, il a été observé chez nos malades dans **58%** des cas ( $p < 0,05$ ). Le signe de **Rovsing** est une douleur apparaissant dans la FID par compression de la FIG, il n'a été retrouvé chez nos malades. Nous n'avons pas retrouvé le **Psoitis** dans notre étude.

- La défense pariétale dans la FID, résultat de l'irritation de la séreuse péritonéale suite à l'inflammation, elle a été notée dans **40%** des cas au cours de notre étude, **51%** ont été rapporté par **Yusuf M. et coll. Diarra M.** a trouvé **14,1%**

- La douleur au toucher pelvien : c'est un signe qui doit être systématiquement recherché même si son absence ne signifie pas toujours que l'appendice est indemne de lésions [3], il s'agit d'une douleur située à droite dans le cul de sac de Douglas au TR et/ou au TV. Elle a été observée chez **79,24%** de nos patients, **Yusuf M. et coll. [51]** ont trouvé **45%**, **Diarra M. [56]** avait trouvé **82,5%**

Nous sommes du même avis avec les auteurs que ces trois signes physiques sont essentiels dans le diagnostic de l'appendicite. Ils ont été fréquemment notés dans plusieurs séries [29, 50, 51], comme la nôtre.

Nous avons trouvé une masse dans la fosse iliaque droite dans **2%** des cas. Elle correspondait le plus souvent à des cas de plastron ou d'abcès appendiculaire. Par contre certains auteurs européens [52, 50] n'ont rapporté aucun cas. Ceci s'expliquerait par le fait que nos malades consultaient tardivement.

## 5.5. Siège de l'appendicite

**Tableau XXXVI : Fréquence du siège de l'appendicite selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Harouna Y.</b>	<b>Jabahgi</b>	<b>Notre série</b>
<b>Siège</b>	<b>Niger 2000[2]</b>	<b>France 1991[41]</b>	
FID	62,2%	87,6%	<b>77,4% p&lt;0,05</b>
Retro caecal	22,1%	7,3%	<b>9,4% p&lt;0,05</b>
Pelvien	5,5%	0,9%	<b>7,7% p=0,75</b>
FIG	-	-	-
Sous hépatique	4,1%	2,5%	-
Méso caeliaque	-	-	<b>5,7%</b>

La FID a été le principal siège de l'appendice chez nos malades (**77,4% des cas**). Comme l'atteste la littérature générale ainsi que les études qui ont été réalisées en **France [41]** et au **Niger [2]**.(p<0,05)

## 5.6. Aspects macroscopiques de l'appendice

**Tableau XXXVII : Aspects macroscopiques de l'appendice selon les auteurs**

<b>Auteurs</b>	<b>Guzman et coll.</b>	<b>Maiga EI.</b>	
<b>Aspect</b>	<b>Mexique 2003[54]</b>	<b>Mali [10]</b>	<b>Notre série</b>
<b>macroscopique</b>			
Catarrhale	74%	47,5%	<b>39,6% p=0,37</b>
Phlegmoneux	15,1%	43,7%	<b>34% p=0,26</b>
Gangrené	-	6,8%	<b>9,4% p=0,77</b>
Abcédé	-	-	<b>3,8%</b>
Perforé	12%	10,7%	<b>11,3% p=0,88</b>
Mucocèle	-	-	<b>1,9%</b>

Au cours de notre période d'étude l'ensemble des appendices reséqués avaient un aspect macroscopiquement pathologique.

L'appendicite catarrhale a été retrouvée chez **(39,6%)** de nos patients.**(p=0,36)**

Dans la majorité des cas de notre étude **(58 ,5%)**, il s'agissait des formes évoluées contrairement à une série mexicaine [54] où les formes évoluées n'ont représentés que **27,1%.(p<0,05)**

Ceci pourrait être lié à un retard de diagnostic souvent attribué à l'ignorance de nos populations qui essayaient toujours soit un traitement traditionnel avant la consultation médicale, soit une automédication.

Ces facteurs toujours intriqués expliquent le stade évolutif de la maladie au moment de leur admission.

D'autres auteurs [30] affirment que **69%** des appendicites perforées ou gangrenées survenaient sur un appendice ectopique.

### **5.7. Aspect microscopique de l'appendice**

A l'histologie, nous avons colligé **4 cas** appendicites parasitaire(**Bilharzienne**) soit **7,5%**, ce qui dépasse largement les résultats des études d'**Adébamowo CA**(Nigeria)[ **57**] et **Hodasi WM**(Ghana)[ **58**] qui sont respectivement **2,4%**; **2,9%**, **48 cas d'appendicites non spécifiques** soit **90,6%**, et nous rapportons **1 cas de Mucocèle**(tumeur bénigne) **appendiculaire** soit **1,9%**. On sait que les appendices enlevés chirurgicalement pour un tableau clinique d'appendicite correspond le plus fréquemment à des lésions inflammatoires **non spécifiques** et rarement à des lésions d'origine tumorales ce qui confirme nos résultats [20]. (**p=0,11**)

# VI .CONCLUSION

# ET

# RECOMMANDATIONS

## **VI .CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **6.1. Conclusion**

L'appendicite aigue est l'une des urgences chirurgicales les plus fréquentes en Chirurgie digestive, son diagnostic essentiellement clinique, rendu parfois difficile par l'absence de parallélisme anatomo-clinique lié au polymorphisme des lésions et aux variations de position de l'organe dans la cavité abdominale.

Non traitée elle peut évoluer vers des complications graves (Péritonites généralisées). 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 socio-sanitaires :**

-Arrêt de la prescription abusive des médicaments (antibiotiques, antalgiques) dans les douleurs abdominales aiguës, en particulier de la fosse iliaque droite.

-La Promotion de la prise en charge chirurgicale précoce des malades dès le diagnostic clinique afin d'éviter l'évolution vers les complications.

-La réalisation systématiquement d'un examen histologique de toutes les pièces opératoires.

-L'information, et la sensibilisation des populations sur les risques liés à l'automédication.

#### **Aux malades :**

-La Consultation systématique devant toute douleur abdominale aiguë surtout de la Fosse iliaque droite.

#### **Aux autorités politiques :**

- La formation et le recyclage des chirurgiens en chirurgie endoscopique

-L'amélioration des moyens matériels diagnostiques et thérapeutiques des hôpitaux

Appendicites Aigues : Aspect Epidemio-cliniques et Histologiques à l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou  
régionaux.

-La création de services Anatomie-cytologie-pathologie dans les hôpitaux de 2<sup>ème</sup>  
référence.

# VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **1. Delattre J.F**

Appendicite aigue et ses complications diagnostic, Traitement impact internat 1997 ; 356.

Scand j gastrol 1994; 29:1145-1149

### **2. Harouna Y, Amadou S, Gazi M, Gamatiey, Abdou I, Oumar GS, Guelina G, Saley YS, Mounkaila H, Boureima M.**

Les appendicites au Niger: pronostic actuel.

Bull soc pathol. 2000; 93:314-316.

### **3. Rohrs S. et al.**

Appendicites aigues

EMC Elsevier, Paris, gastroentérologie, 9066A-10, 1999;11P

### **4. Metman EH. et al.**

Morbidité digestive diagnostiquée chez l'adulte. Résultats d'une enquête épidémiologique gastro enterol clin biol 1980 ; 4 :854-869

### **5. Segol PH. et al.**

Appareil digestif DCEM, 2<sup>ème</sup> année

Service de polycopie des étudiants, des professeurs de santé de coen

Édition 1996 ; 97 : 630 – 639.

### **6. Vallina V.L et al.**

Laparoscopic versus conventional Appendicectomy ; Ann Surg 1993 ; 218 :685-92.

### **7. Thiam I., Doh K., Dial C et al**

Etude nécropsie de l'Appendices au Sénégal.

Afr Hépatogastro enterol, 2016-10:73

### **8. Konaté M.**

Les urgences chirurgicales à l'hôpital Gabriel Touré

These Med: Bamako, 2005-91P; 238.

**9. Djibrila .I**

Les aspects épidemio -cliniques et thérapeutiques des appendicites à l'Hôpital de Gao.

Thèse de Med : 2008-46P ; 80

**10 .Mallé L.**

Les pathologies chirurgicales de l'enfant de 0-15 ans a l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Thèse de Med : 2013-60P ; 96

**11. Maiga I.E.**

Etude Epidemio-clinique et l'aspect thérapeutique des appendicites aigue à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Thèse de Med: 2009-56P; 82.

**12. Goita A.**

Plastron appendiculaire dans les services de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd : Bamako, 2005- 63P ; 203.

**13. Maiga A.**

Appendicite bilharzienne dans le service de chirurgie générale de l'hôpital du Point G de janvier 2001 à juin 2001.

Thèse Med: Bamako, 2002- 44P; 56.

**14. Sidibé. B.**

Anatomie échographie de l'appendice

Thèse Méd. : Bamako, 2002-30P ; 80.

**15. Ehua S.F.**

Appendicites et appendicectomies en milieu africain étude rétrospective de 82 cas traités en Côte d'Ivoire.

Thèse Med. Abidjan 1983- 136P; 485.

**16. Koiner H., Soreide JA, Pedersen EJ. et al.**

Stability in incidence of acute appendicitis:

A population based longitudinal study dig surg 2001; 18; 16.

**17. Leguerier A.**

Nouveaux dossiers d'Anatomie. Édit scientifiques et juridiques 1980 ; 801 : 93-106

**18. Kahle W., Leonhardt H., Platzer W.**

Anatomie des viscères tome II ; Flammarion édit (Paris) 1979 ; 349 : 222-223.

**19. Dictionnaire : Atlas d'Anatomie A.F**

Maloine édit, 1983 ; 44 -45.

**20. Université et Marie Curie.service d'anatomo-pathologique**

Appendicite aigue .Travaux pratiques d'anatomie pathologique, PCM2. (CHU de Pitié-Salpêtrière). 2002-2003,18-20P

**21. Keita N.**

Etude des appendicectomies dans le service de chirurgie "A" à l'hôpital du Point « G » à propos de 540 cas

Thèse Méd.: Bamako, 1993- 97P; 34

**22. Condon R.E**

Acute appendicitis, surgical treatment of digestive disease. Year book medical publisher Chicago 1986; 615-632.

**23. Marrie A.**

Chirurgie de l'appendice iléocæcal. Édition technique. Encycl. Méd. chir. (Paris France). Techniques chirurgicales. Appareil digestif, 40500A-10, 1991, 15P.

**24. Hoffman.**

Contemporary management of appendicular mass. BJ Surg 1993; 80: 1350.

**25. Henry Gray**

Anatomy of the human body 1918: [www.medecine-et-sante.com/anatomie/anatappendice.html](http://www.medecine-et-sante.com/anatomie/anatappendice.html)

**26. Davenport H.V.**

Physiologie de l'appareil digestif Masson 2<sup>ème</sup> édit 1975; 70-75.

**27. Desbroses J.**

Appendicectomie « à la chaîne » Lyon Chir. 1982 ; 78(4) : 266-267.

**28. Karaga I. Altintoprak Z. Karkiner A. Temir G.**

The management of appendiceal mass in children is interval appendicectomy necessary? Surg to day 2001; 31: 675-677.

**29. Coulibaly M.**

Appendicites aigues dans le service de chirurgie générale et pédiatrique de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse de Med : Bamako ; 2002 N°44

**30. Koumaré AK, Traoré I, Ongoiba N, Traoré AKD, Simpara D et Diallo A.**

Les appendicites à Bamako (Mali) Méd. Afr noire, 1993 ; 40 : 259-262.

**31. Akoka.G, Akoka.A**

Medicine 2000 Tome 2

Edilec edit 2000, 549T

**32. Poole GV.**

Anatomic basis for delayed diagnosis of appendicitis. South med. 1990; 83 (7): 771-3

**33. Delarue J. Laumonier R.**

Anatomie pathologie

Mammarion édit (Paris) 1987 ; 901-906.

**34. Chiche B.**

Appendicite aigue

Encycl.Med.Chir. (Paris) ,24-050A-10

**35. Manton G.**

Appendicite aigue : Anatomie pathologie diagnostic principes de traitement. Rev. Prat (Paris) 1991 ; 41 : 1611-1643.

**36. Chipponi J. et al.**

Appendicites.

Pathologie chirurgicale. Tome 2, chirurgie digestive et thoracique

Masson 1991; 253-260.

**37. Eriksson S. et al**

The diagnostic value of repetitive préopératoire analyses of C. Reactive protein and total leucocytes count in patients with suspected acute appendicitis.

Scand j gastrol enterol 1994; 29: 1145 – 1149.

**38. Battistelli J.M, Boucher P. Vercherat M.**

Appendicite aiguë du sujet très jeune''

(À propos d'un cas de coprolithe) vie médicale, Ann Surg 1986 ; 23 : 105-10

**39. Adloff M.**

Chirurgie de l'appendice Iléo-cæcal

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

Techniques chirurgicales Appareil digestif, 9066A 10-10,1989 ; 10P

**40. Atwood SE et al.**

A prospective randomized trial of la paroscopic versus Open appendicectomy

Surgery 1992; 112: 497-50

**41. Jabahgi S, Levy M.**

Cœlio appendicectomy extra abdominal par voie trans-ombilicale au centre hospitalier MARY Madeline de Forbach ; France.

J Cœliochirurgie 2001 ; 40 : 62-641

**42. Duale C. et al.**

Conséquence physiopathologique de la chirurgie Cœlioscopique

Ann chir 2001 ; 126 : 508-514

**43. Hale DA. et al.**

Appendicectomy a contemporary appraisal. Ann surg 1997; 225: 252-261

Encycl. Méd. Chir. (Paris), 24-050A-10. Thèse Méd: Bamako, 2002 - 73P; 44

**44. Yalcouye Y.**

Appendicite aigue à l'hôpital de Sikasso ; Thèse méd : Bamako, 2007-67p ; 9.

**45. Pellerin D. et al.**

Le syndrome péritonéal du 5<sup>ème</sup> jour après appendicectomie à froid chez l'enfant.

Mem ACC chir. 1961 ; 87 :518-526.

**46. Silen W.**

Appendicite aigue

TR Harrison principe de médecine interne 5<sup>ème</sup> édition Française, Masson 1992 ;

245 : 1298 – 1299.

**47. Bamba O.**

Appendicectomie coelioscopique dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G.

Thèse Méd. : Bamako ; 2007-88P ; 62.

**48. Chavda SK, Hassan S, Mohoha GA.**

Appendicitis at Kenyatta national, Nairobi

East Afr med j 2005; 82: 526- 30

**49. Yong JL, Law WL, Lo CY, Lam CM.**

A comparative study of routine laparoscopic versus open Appendicectomy

Jsls 2006; 10: 188-92.

**50. Hartwing K. Karls, Jon AS, Arne N, Lars V.**

The history is important in patient with suspected acute appendicitis with invited commentary

Digestive surgery 2000; 17: 364- 369

**51. Yusuf M. F et al**

Appendicitis in the early learns to discern the untypical picture. Geriatrics 1979;

34:73-79

**52. Wagner GM., MC Killey P., Carpenter JL.**

Does this patient have appendicitis? Jama 1996; 276: 15-98

**53. Arnbjornsson E.**

Management of appendiceal Abscess Cur Surg 1984; 41: 4-9

**54. Guzman-Valdivia Gomeg G.**

An useful classification for acute appendicitis

Rev Gastro enterol Mex. 2003; 68: 261-5.

**55. Bjerkesett, Haviks, Auneke, Rosseland Land:**

Acute abdominal pain as cause of hospitalisation tidsskr nor laegeforen 2006;  
126:1602-1604

**56. Diarra M.**

Appendicite aigue dans le service de chirurgie générale du centre de sante de référence de Markala d'Octobre 2014 à Octobre 2016

Thèse de Med : Bamako 2017 ; 54-56P :72

**57. Adébamowo CA, Akang EE, Ladipo JK, Ajao OG.**

Shistosomiasis of appendix.Br J Surg 1991; 78:1219-21

**58. Hodasi WM.**

Schistosoma appendicitis Trop Doct 1988; 18 :105-6

**59. Taboury J.**

"Echographie de l'abdomen: appendice " Masson 3<sup>e</sup> ; Edition (Paris) 1989; 261-266.

**60. Diop PS; Ndoye et Fall B.**

Appendicectomie par voie laparoscopie une expérience Dakaroise à propos de 29 cas. Médecine d'Afrique Noire 2008 ;55(11) :602-604.

**61. Ohene-Yeboah M, Togbe B.**

An audit of appendicitis and Appendicectomy in Kumasi, Ghana West Afr J Med 2006; 25: 138-43

**62-Villazon Davico O.,Espinosa Jaramillo A.,Cardenas Castaneda O.,Valdes Castaneda A.**

Appendectomy by minimally invasive surgery.

Rev Gastroenterol Mex 2004;69:58-64

# ANNEXES

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**NOM:** COULIBALY

**PRENOM:** Harouna

**TEL:** 76248309/65862693

**TITRE :** Appendicites aiguës : aspects épidémio-cliniques et histologiques à l'hôpital Nianankoro Fomba de Sékou.

**Année :** 2015-2016    **Pays d'origine :** Mali    **Ville de soutenance :** Bamako

**Secteur d'intérêt :** Chirurgie Viscérale

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie du Mali. B.P 1805

### **RESUME**

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive mono centrique réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Nianankoro Fomba de Sékou sur une période de un(1) an.

Les objectifs de cette étude étaient de :

- Déterminer la fréquence hospitalière des appendicites aiguës.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des appendicites aiguës.
- Déterminer les différentes lésions histologiques des appendicites aiguës.
- Décrire les complications post- opératoires des appendicites aiguës.

Nous avons colligé au total 53 cas d'appendicites aiguës qui ont représenté 14,52% de notre activité chirurgicale, 22,36% des urgences abdominales chirurgicales.

Le sexe ratio était de 2,1 en faveur du sexe masculin. Les signes cliniques ont été polymorphes.

Les malades consultaient pour un syndrome abdominal douloureux le plus souvent localisé dans la FID, soit 81,1% des cas.

La palpation a révélé une douleur dans la FID chez 52(98%) malades, une défense dans la FID chez 21(40%) malades. Une contracture abdominale et une masse chez 1(2%).

Les signes de BLUMBERG, ROVSING et PSOÏTIS ont été respectivement : 58,4% ; 0% ; 0% des cas.

Le TR a été douloureux dans 49,0% des cas.

Les suites opératoires ont été simples chez 38 malades (71,1%). Nous avons observé des complications chez 28,3% de nos malades opérés, dont 14 suppurations pariétales, nous avons recensé 1 cas de décès. Le séjour moyen d'hospitalisation était de 6,4 jours.

**Mots clés :** Appendicite Aiguë, Urgence, Histologie, HNF

## FICHE D'ENQUETE

### I) Aspects socio - épidémiologiques

**Q1.** Numéro Fiche

**Q2.** Nom : Prénom : Q3 Age /...../

**Q4** Sexe /...../

1. Masculin 2. Féminin

**Q5 .** Profession /...../

1. Commerçant 2. Cultivateur 3. Elève  
4. Etudiant 5. Eleveur 6. Ménagère  
7. Ouvrier 8.Pêcheur 9. Autres

**Q6.** Ethnie /...../

1. Bambara 2. Bobo 3. Bozo  
4.Dogon 5. Malinké 6. Minianka 7.Peulh:  
8. Sarakolé 9. Senoufo 10. Sonrhäï 11. Somono  
12. Autres

**Q7.** Nationalité /...../

1. Malienne 2. Autres

**Q8.** Situation Matrimoniale /...../

1. Célibataire 2. Marié (e) 3. Divorcé 4. Veuf (Ve) Q9.

Provenance /...../

1. Baraouéli 2. Bla 3.Macina 4. Niono  
5. : Tominian 6. San 7.Ségou 8. Autres

**Q10.** Niveau d'instruction /...../

1. Supérieur 2. Secondaire 3. Primaire 4. Coranique 5. Illettré





**Q29.** Voir d'abord /...../

1. Incision Mac Burney
2. Incision de Jallaguier
3. Incision sous Ombilicale
4. Incision sus et sous Ombilicale

**Q30.** Type d'anesthésie /...../

1. Péridurale
2. Rachis
3. Anesthésie Générale

**Q31.** Siège de l'appendice /...../

1. Méso cœliaque
2. Sous Hépatique
3. Rétro cœcale
4. Pelvien
5. FIG
6. Sac herniaire

**Q32.** Aspect Macroscopique per Opératoire /...../

1. Catarrhale
2. Phlegmon appendiculaire
3. Gangrène appendiculaire
4. Abscessus appendiculaire
5. Perforé
6. Plastron appendiculaire

**Q33.** Selon la Taille /...../

1. <5cm
2. 5 – 10cm
3. >10cm

**Q34.** Type d'appendicectomie /...../

1. Cure avec enfouissement
2. Cure sans enfouissement

**Q35.** Aspect microscopique /...../

1. Aspécifique
2. Parasitaire
3. Tumeur
4. Autres

#### **IV) Evolutions et Complications post opératoire**

**Q36.** Durée d'hospitalisation /...../

1. 0-10 jours
2. 11- 20 jours
3. 21-30 jours
4. Plus de 30 jours

**Q37.** Suite opératoire /...../

1. Simple
2. Compliquée

**Q38.** Type de complication /...../

1. Suppuration pariétale
2. Péritonite
3. Fistule digestive sur le Cæcum
4. Occlusion intestinale
5. Décès

## **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 ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

**JE LE JURE.**